



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Psicología

Escuela Profesional de Psicología

Sintomatología depresiva y satisfacción con la vida en adolescentes de una institución educativa nacional del distrito del Callao

TESIS

Para optar el Título Profesional de Psicóloga

AUTOR

Patricia Maribel VIDAL PÉREZ

ASESOR

Dra. Ana Esther DELGADO VÁSQUEZ

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Vidal, P. (2019). *Sintomatología depresiva y satisfacción con la vida en adolescentes de una institución educativa nacional del distrito del Callao*. Tesis para optar el título profesional de Psicóloga. Escuela Profesional de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

CODIGO ORCID DEL AUTOR	:	NO TENGO
CODIGO ORCID DEL ASESOR	:	0000-0002-5649-1262
DNI DEL AUTOR	:	10620563
GRUPO DE INVESTIGACIÓN	:	NO PERTENECE
INSTITUCIÓN QUE FINANCIA	:	AUTOFINANCIADO
PARCIAL O TOTALMENTE LA INVESTIGACIÓN		
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DONDE SE DESARROLLO LA INVESTIGACIÓN	:	INSTITUCION EDUCATIVA 5080 SOR ANA DE LOS ANGELES. AVENIDA PACASMAYO Y CALLE MISIONERO ILLESCAS S/N, CALLAO 07036 -12.011263, -77.101389
AÑOS QUE LA INVESTIGACIÓN ABARCÓ	:	OCTUBRE 2016 A ENERO 2019.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Escuela Profesional de Psicología

Calle Germán Amézaga N.º 375, Lima (Ciudad Universitaria)
Central Telefónica 6197000, anexo 3213, fax 3209

ACTA

Siendo las 11:00 horas del día 23 de diciembre del 2019, se dieron cita en el Auditorio del Pabellón de la Facultad de Psicología, bajo la presidencia del Mg. **CARLOS VELASQUEZ CENTENO**, los catedráticos Miembros del Jurado que suscriben la presente Acta y la postulante al Título Profesional de Psicóloga, Bachiller **VIDAL PÉREZ, PATRICIA MARIBEL** quien a invitación del Presidente expuso y sustentó su trabajo de tesis titulado: “SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NACIONAL DEL DISTRITO DEL CALLAO”, al concluir con la sustentación absolvió las preguntas pertinentes.

Finalizando el examen, el Presidente del Jurado invitó a la postulante y asistentes a retirarse del recinto para dar inicio a la deliberación evaluativa; a su término cada Miembro del Jurado hizo entrega al Presidente en sobre cerrado sus respectivas calificaciones, habiendo obtenido la postulante al Título Profesional de Psicóloga el promedio de:

DIECIOCHO (18) - SOBRESACIENTE

Seguidamente, el Presidente del Jurado invitó al salón de grados, tanto a la postulante como a los asistentes a fin de comunicarle el resultado obtenido en el presente proceso.

El Jurado dispuso que se extendiera la presente acta como constancia del Examen de Titulación por la modalidad de Presentación y Sustentación de Tesis.


Mg. CARLOS VELÁSQUEZ CENTENO
PRESIDENTE


Dra. ANA ESTHER DELGADO VÁSQUEZ
ASESORA


Dra. ROSA ELENA HUERTA ROSALES
MIEMBRO


Mg. WILLIAM MONTGOMERY URDAY
MIEMBRO

Al Dios de la Vida, fuente inagotable de amor y sabiduría.

A mis abuelos Florentino, Estela, Alfredo y Raquel

por todo lo que han sido y son para mí.

A la vida, terreno fértil de experiencias.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a la Dra. Ana Delgado Vásquez, asesora de esta tesis, quien a través de su meticulosidad y rigurosidad en el proceso de investigación, así como por sus actitudes, paciencia y desprendimiento en la entrega de sus conocimientos, me animó y orientó desde el inicio hasta la conclusión de este trabajo de investigación.

A todas y todos los docentes de la Escuela de Psicología que con sus enseñanzas y ejemplo me motivaron a ser siempre mejor estudiante, profesional y persona.

A las y los estudiantes y personal de la Institución Educativa Nacional participantes por su disponibilidad y colaboración en el desarrollo de este estudio; en especial a la Señora Carmen Cuadros y a la Profesora Tafur, por su diligencia y valioso apoyo en las coordinaciones necesarias para llevar a cabo la investigación.

A mi esposo, mi hija y mis padres por el ánimo, comprensión y apoyo permanente, sin los cuales no hubiese concretado este objetivo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 Formulación del problema	5
1.2 Delimitación de objetivos	13
1.2.1 Objetivo general	13
1.2.2 Objetivos específicos.....	13
1.3 Justificación del estudio.....	14
1.4 Limitaciones del estudio	15
CAPÍTULO II.....	16
MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 Investigaciones antecedentes.....	16
2.1.1 Investigaciones internacionales	16
2.1.2 Investigaciones nacionales	22
2.2 Bases teórico-científicas.....	27
2.2.1 Adolescencia	28
2.2.1.1 Modelos teóricos de la adolescencia	28
2.2.1.2 Conceptualización de la adolescencia	32
2.2.1.3 Salud mental del adolescente.....	35
2.2.2 Sintomatología depresiva	36
2.2.2.1 Depresión: Diferencias entre síntoma, síndrome y categoría diagnóstica de trastorno mental	37
2.2.2.2 Principales modelos etiológicos de la depresión	40
2.2.2.3 Modelo categorial de depresión.....	45
2.2.2.4 Sintomatología depresiva	47
2.2.2.5 Sintomatología depresiva en los adolescentes.....	50
2.2.2.6 Instrumentos para la evaluación de la sintomatología depresiva en adolescentes	52
2.2.3 Satisfacción con la vida.....	56
2.2.3.1 Concepto de satisfacción con la vida.....	56
2.2.3.2 Modelos teóricos de satisfacción con la vida	59
2.2.3.3 Medida de la satisfacción con la vida.....	59
2.2.3.4 Satisfacción con la vida en los adolescentes	60
2.3 Definición de conceptos básicos	62
2.4 Hipótesis.....	63
2.4.1 Hipótesis general	63
2.4.2 Hipótesis específicas	63

CAPÍTULO III	64
METODOLOGÍA.....	64
3.1 Tipo y nivel de investigación	64
3.2 Diseño de investigación.....	65
3.3 Variables de estudio.....	65
3.3.1 Variables correlacionadas	66
3.3.2 Variables de control	66
3.4 Población y muestra.....	66
3.4.1 Población.....	66
3.4.2 Muestra.....	66
3.5 Instrumentos de recolección de datos	67
3.5.1 Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK)	67
a. Ficha técnica	67
b. Descripción del instrumento.....	67
c. Validez y confiabilidad.....	68
d. Normas de aplicación	68
e. Normas de corrección y calificación	69
3.5.2 Escala de Satisfacción con la Vida.....	69
a. Ficha técnica	69
b. Descripción del instrumento.....	70
c. Validez y confiabilidad.....	70
d. Normas de aplicación	71
e. Normas de corrección y calificación	71
3.6 Procedimiento de recolección de datos	72
3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	73
3.7.1 Análisis psicométrico	73
3.7.1.1 Coeficiente de validez V de Aiken.....	73
3.7.1.2 Coeficiente alfa de Cronbach	74
3.7.2 Análisis descriptivo	75
3.7.2.3 Prueba de Kolmogorov – Smirnov	76
3.7.3 Análisis inferencial.....	77
3.7.3.1 Coeficiente de correlación rho de Spearman.....	77
3.7.3.2 Tamaño del efecto	78
CAPÍTULO IV.....	80
RESULTADOS	80
4.1 Presentación de resultados.....	80
4.1.1 Análisis psicométrico de la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK).....	80
4.1.1.1 Validez de contenido	80
4.1.1.2 Análisis de la confiabilidad de ítems	81

4.1.2 Análisis psicométrico de la Escala de Satisfacción con la Vida	81
4.1.2.1 Validez de contenido	81
4.1.2.2 Análisis de la confiabilidad de ítems	82
4.1.3 Resultados descriptivos	82
4.1.3.1 Análisis de frecuencias y porcentajes	82
4.1.3 Contrastación de hipótesis	88
CAPÍTULO V	90
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	90
5.1 Análisis y discusión de los resultados	90
5.2 Conclusiones	96
5.3 Recomendaciones	97
REFERENCIAS	99
ANEXOS	108
Anexo 1. Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK)	109
Anexo 2. Escala de Satisfacción con la Vida.....	111
Anexo 3. Análisis psicométrico de la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK).....	113
Anexo 4. Análisis psicométrico de la Escala de Satisfacción con la Vida	116

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Distribución de la muestra según sexo</i>	67
Tabla 2. <i>Distribución de la población según la variable sintomatología depresiva</i>	83
Tabla 3. <i>Distribución de respuestas a la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher según sexo</i>	85
Tabla 4. <i>Distribución de Satisfacción con la Vida según sexo</i>	86
Tabla 5. <i>Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la Sintomatología depresiva y la Satisfacción con la Vida</i>	87
Tabla 6. <i>Correlación rho de Spearman y tamaño del efecto de la Sintomatología Depresiva y la Satisfacción con la Vida según sexo y total</i>	89

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. <i>Presencia de Sintomatología Depresiva</i>	83
Gráfico 2. <i>Distribución de la variable Sintomatología depresiva según el sexo</i>	84
Gráfico 3. <i>Distribución de la variable Satisfacción con la vida según el sexo</i>	87

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo conocer la relación entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en adolescentes de una institución educativa nacional del Callao. El diseño de investigación fue descriptivo correlacional, habiéndose constituido la muestra por 337 estudiantes que poseían la variable sintomatología depresiva. Los instrumentos de evaluación administrados fueron la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK) y la Escala de Satisfacción con la Vida. El estudio de validez de contenido de los instrumentos se realizó por medio del criterio de jueces concluyendo que los ítems eran representativos para la medición de las variables evaluadas y la confiabilidad de los ítems de los instrumentos se obtuvo mediante el estadístico alfa de Cronbach con resultados de .73 para la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher y de .69 para la Escala de Satisfacción con la Vida. El análisis inferencial validó la hipótesis general, es decir, existe relación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida, siendo esta relación negativa o inversa, con un tamaño del efecto categorizado como “mediano”. De igual forma se observó que las correlaciones son estadísticamente significativas para cada sexo siendo sus tamaños del efecto “medianos”.

Palabras clave: Sintomatología depresiva, satisfacción con la vida, adolescentes.

INTRODUCCIÓN

Tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 1992) como en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2014) se afirma que la categoría diagnóstica de trastorno mental, para fines clínicos, de salud pública y de investigación, no solo considera un conjunto de síntomas implicados en el criterio o criterios de diagnóstico, sino también debe conocer y considerar el detalle de factores sociales, psicológicos y biológicos que puedan haber contribuido a su aparición, información que requiere estar expresada en documentación clínica, así como otros documentos que permitan mayor precisión, como la anamnesis. En esta misma línea, en el documento técnico “Guía de práctica clínica en depresión” (MINSA, 2008) se establece que:

“El diagnóstico de depresión u otros desórdenes psiquiátricos debe realizarse en el contexto de un examen médico completo para identificar y/o eliminar alguna comorbilidad y/o condiciones psiquiátricas o somáticas que puedan crear confusiones. (p.10) El diagnóstico de la depresión es fundamentalmente clínico ... Los exámenes auxiliares son de ayuda diagnóstica...valoran inicialmente la

gravedad del cuadro...constituyendo una probabilidad diagnóstica a ser confirmada”. (p.12)

En lo que respecta a la etapa de la adolescencia, existen investigaciones que muestran la presencia de los síntomas básicos de estado de ánimo deprimido o pérdida de interés durante un periodo de al menos dos semanas pero que no cumplieron con el punto de corte diagnóstico o no informaron de malestar significativo o deterioro del funcionamiento (Álvarez, Álvarez, Atienza, Basanta, Goicochea, González, ...Varela, 2018; Singhal, Manjula y Sagar, 2016, Ferguson et. al, 2005 citados por Quintero, 2017), motivo por el cual resultados como éstos no se habrían constituido en probabilidades de diagnóstico a ser confirmadas y por consiguiente quizá no se habría visto la necesidad de ejecutar medidas preventivas para evitar brotes de trastorno de depresión, a pesar de la sintomatología existente.

Tomando en cuenta lo previamente señalado, se reconoce la necesidad de distinguir entre sintomatología depresiva y la depresión como categoría diagnóstica en la presente investigación, ya que la precisión en la terminología aporta consistencia a la investigación como también permite observar con mayor amplitud y perspectiva cómo este fenómeno ha ido y va mermando la salud de nuestra sociedad, a nivel nacional y mundial, y cada vez con inicio a menor edad, desde la adolescencia y hasta en la infancia.

Al considerar que durante la adolescencia se presentan características que son propias del periodo como la irritabilidad, sentimientos de no ser aceptados, tristeza, entre otros; características que a la vez son indicadores de una sintomatología

depresiva, ello dificulta discriminar entre una y otra situación; y además de ello, si se suma el poco o ningún conocimiento de parte de los familiares y/o docentes de las particularidades de la sintomatología depresiva en los adolescentes y en lo que podría derivar, entonces se tiene el panorama de una labor muy grande por realizar, pero que al no ser abordada o al ser atacada desde una mirada de la salud como la ausencia de enfermedad, se estaría dejando de lado o no priorizando tanto la prevención de trastornos mentales como la promoción de la salud mental, lo cual podría no solo disminuir los indicadores de sintomatología depresiva en la población, sino también favorecer el desarrollo del bienestar integral de las personas.

En la línea de colaborar con esta forma de ver y atender la salud de las personas, es que surge la necesidad de interrogarse por aquellos indicadores que permitirían discriminar el bienestar de la persona, en este caso específicamente la satisfacción con la vida, determinar si existe relación entre ésta y la sintomatología depresiva, conocer el tipo de relación -si es directa o inversa- y la fuerza de la misma.

Existen investigaciones precedentes donde han intervenido las variables sintomatología depresiva y satisfacción con la vida, pero donde no han sido relacionadas directamente, como la de Cuadra-Peralta, Beloso-Vesio, Puddu-Gallardo, Salgado-García y Peralta-Montecinos (2012) donde se observó el efecto de un programa de psicología positiva en las variables sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores, o el estudio de Chico y Ferrando (2008) donde se valoró la relación entre medidas de expectativas de resultados (optimismo y pesimismo), afectividad (afecto positivo y negativo) y ajuste psicológico (síntomas

depresivos y satisfacción con la vida). Así mismo, anteceden investigaciones descriptivas donde se analiza la variable sintomatología depresiva tomando en cuenta el sexo, la edad, la institución de procedencia o el tipo de familia; y en el caso de la satisfacción con la vida tomando en cuenta el sexo y el nivel de pobreza. En cuanto a investigaciones relacionales preceden las que correlacionan sintomatología depresiva con cohesión familiar, afrontamiento, adicción a las redes sociales y riesgo para desarrollar trastornos alimentarios e investigaciones donde se relaciona la satisfacción con la vida con estrategias de afrontamiento, estilos de afrontamiento, la responsabilidad, la autonomía, la competencia, la motivación intrínseca y la diversión, entre otras.

En el capítulo I se presenta el planteamiento del problema, la formulación de los objetivos de la investigación, la justificación del estudio y las limitaciones del mismo. En el capítulo II se muestra el marco teórico a través de las investigaciones antecedentes tanto internacionales como nacionales, las bases teóricas, los conceptos básicos y las hipótesis. El capítulo III trata sobre la metodología de investigación consignando el tipo, nivel y diseño de investigación, las variables a abordar, la población, la muestra, los instrumentos de recolección de datos, el procedimiento de recolección de datos, así como las técnicas de procesamiento y análisis de datos. En el capítulo IV se presentan los resultados de la investigación y en el capítulo V la discusión de los resultados señalando el análisis, las conclusiones y las recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Formulación del problema

En un documento de la Organización Mundial de la Salud se señala que el padecimiento que aqueja a más de 300 millones de personas en el Mundo es la depresión, siendo la principal causa de discapacidad y contribuyendo en gran medida a la tasa de morbilidad mundial (OMS, 2019a).

Aun cuando la depresión es causa de incapacidad para hombres y mujeres, según la OMS la carga de la depresión es un 50% mayor en las mujeres (2019b). Las dificultades económicas, el incremento del desempleo, las deudas, la inseguridad son algunos de los factores que a nivel mundial explican el incremento de la depresión (Federación Mundial de la Salud Mental, 2012). En el caso de los adolescentes la violencia, la carencia de lo necesario para vivir, las experiencias de ser ofendido y el sentimiento de no valía pueden aumentar el riesgo de presentar este problema de salud mental (OMS, 2019c).

Rutter, Graham, Chadwick & Yule, 1976; Weiner & DelGaudio, 1976 (citados por Peterson, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey & Grant, 1993) encontraron que los jóvenes que presentaron dificultades psicológicas en la adolescencia frecuentemente desarrollaron desórdenes psiquiátricos en la adultez. Por su parte, la investigación realizada por Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gotlib (2000, citados por Pardo, Sandoval y Umbarilla, 2004) indicó que hay mayor posibilidad de presentar trastorno depresivo en la adultez si éste ya se presentó en la adolescencia; dicha información coincide con lo señalado por Kessler, Avenevoli & Merikangas (2001), a partir de estudios retrospectivos, donde afirmaron que al menos 50% de los adolescentes con depresión mayor siguen teniendo recurrencias en la adultez. Así mismo, Álvarez, Álvarez, Atienza, Basanta, Goicochea, González,...Varela (2018) indicaron que “la presencia de síntomas depresivos en preadolescentes (7-12 años) es un fuerte predictor de trastorno de depresión en el adolescente... algunos autores consideran que la prevalencia de depresión entre preadolescentes (0,5 %-2 %) podría estar subestimada... (significando que) preadolescentes con trastornos depresivos podrían estar infradiagnosticados y sin tratamiento en una etapa de desarrollo puberal y social, con riesgo de depresión en la adolescencia y en los primeros años de la edad adulta” (p. 51-52).

Según Papalia, Wendkos y Duskin (2009) en el año 2004 el 9% de los adolescentes, entre los 12 y los 17 años, habrían experimentado uno o más episodios de depresión mayor; Kessler, Avenevoli & Merikangas (2001), en base a estudios epidemiológicos, identificaron hasta un 25% de prevalencia

de depresión mayor hacia el final de la adolescencia. Por su parte en la Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia actualizada (2018) se encontró que en Estados Unidos el 2013 la incidencia de depresión mayor en adolescentes fue de 20%, con resultados de investigaciones previas de hasta un 8% de prevalencia de 12 a 17 años en el último año y 12% durante toda su vida; en Australia la prevalencia de depresión de 12 a 17 años fue de 5% con información proporcionada por los padres a 7,7% con información brindada por los propios adolescentes; en 11 países de Europa la prevalencia de depresión clínica osciló de 7,1% a 19,4%, siendo menor en Hungría y Austria y mayor en Francia e Israel; en el caso de España la prevalencia de depresión encontrada fue de 2,3% entre los 13 y 14 años y de 2,5% a 5% en adolescentes. Los autores señalan que la heterogeneidad de las tasas encontradas atiende probablemente a la existencia de diferencias metodológicas (variaciones en las muestras, fuentes de información utilizadas, instrumentos de medida, etc.).

En el Perú, en estudios epidemiológicos realizados entre los años 2002 y 2010 por el ISM HD-HN, en población de Lima, Sierra, Selva, Fronteras, Costa, Lima Rural, Sierra Rural y Trapecio Andino, se encontró que la población adolescente presentó prevalencia de episodio depresivo de 8.6% en Lima, 7.3% en Huaraz, 6.2% en Ayacucho, 2.0% en Sierra Rural y 1.1% en Lima Rural, entre otras zonas (INSM HD-HN, 2013a).

Peterson, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey & Grant (1993) indicaron que mientras catorce estudios basados en muestras no clínicas de adolescentes

reportaron un promedio de 7% de depresión clínica, es decir que tenía que satisfacer los criterios para cumplir ser un trastorno; otros catorce estudios, donde se investigó sobre el estado de ánimo depresivo, en base a autoreportes y con puntuaciones identificadas como de corte para ser predictoras de depresión clínica, establecieron un promedio de 35% de adolescentes con probabilidades de un diagnóstico de depresión. En base a estas investigaciones se observa que el porcentaje de la probabilidad de un diagnóstico clínico, basado en autoreportes a los adolescentes, resultó el quíntuple del determinado clínicamente. Lo señalado evidenciaría que existen grandes diferencias en los resultados al evaluar la sintomatología depresiva a través de autoreportes y al evaluarla clínicamente; así mismo, se evidencia la presencia de un grupo numeroso de adolescentes que no cubriendo los criterios para un diagnóstico de depresión presenta una sintomatología que requiere de atención.

En diversas comunidades autónomas de España se han realizado estudios sobre sintomatología depresiva en adolescentes haciendo uso de cuestionarios como el CDS, RADS y el BDI, entre los años 2005 y 2015, encontrando de 1,8% a 3,8% de sintomatología depresiva categorizada como grave y de 5,9% a 6,9% considerada moderada (Álvarez, Álvarez, Atienza, Basanta, Goicochea, González, ...Varela, 2018). Estudios como los de Singhal, Manjula y Sagar (2016) y Ferguson et.al (2005) citados por Quintero (2017), muestran la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes que no cumple criterios para diagnóstico de depresión (también denominado depresión subumbral, depresión subclínica o depresión subsindrómica). En el

caso de la India en una muestra de 800 adolescentes entre 13 y 18 años se encontró 18% de depresión subumbral, basándose en un rango de corte de 14 a 24 en el CDI; en Nueva Zelanda, en una muestra de 1006 adolescentes se encontró 7,3% de depresión subumbral, al presentar síntomas básicos de estado de ánimo deprimido o pérdida de interés durante un periodo de al menos dos semanas pero que no cumplieron con el punto de corte diagnóstico o no informaron de malestar significativo o deterioro del funcionamiento.

En los Anales de Salud Mental del ISM HD-HN replicados el año 2012 (INSM HD-HN, 2013b) se afirma que el adolescente peruano de Lima Metropolitana y Callao reaccionó ante los principales problemas psicosociales (conceptuados por ellos como la delincuencia, la pobreza, la violencia y la falta de valores) con tristeza o depresión (21.2%), desasosiego (17%) e ira (14.5%). Más del 50% de adolescentes señaló que experimenta irritabilidad; más del 20% aburrimiento; más del 10% inquietud, que todo le supone un gran esfuerzo y nerviosismo; y menos del 10% siente tensión, sentimientos de angustia y desesperanza.

Obando (2011), de acuerdo a diversos autores, señaló que el estadio de desarrollo adolescente parece influir en la aparición de ciertas características del estado de ánimo como: Irritabilidad, tristeza y baja autoestima, características que coinciden con síntomas de los desórdenes depresivos; por lo cual pueden ser consideradas como características propias de la edad y no ser detectadas ni por los padres ni por los profesores y por tanto, no ser tratadas debidamente, lo que puede ocasionar alteraciones en la conducta,

trastornos alimenticios, fobia a la escuela, dificultades en el rendimiento escolar, ataques de pánico, abuso en la ingesta de alcohol o medicamentos, consumo de sustancias psicotrópicas, e incluso el suicidio.

Como lo dejan ver las cifras presentadas, la depresión es un fenómeno que no sólo se presenta en las personas adultas, sino que su presencia en la población adolescente es manifiesta; en ese sentido, se evidencia la importancia de conocer, evaluar e identificar la sintomatología depresiva en la población adolescente de tal forma que se pueda derivar a una evaluación diagnóstica a aquellos que presenten algún nivel de esta sintomatología y reciban la atención de salud oportuna necesaria, ya sea de prevención o de intervención, según sea el caso.

La depresión como fenómeno de estudio de la salud mental está enmarcado en los aspectos negativos de diagnóstico de la salud mental de la persona, que son los aspectos que se han priorizado durante mucho tiempo para evaluar la salud mental, entendiendo salud como ausencia de enfermedad. Sin embargo, ya desde hace algunos años, la salud mental ha ampliado su enfoque considerando los aspectos positivos de diagnóstico, llegando a un enfoque más integral de lo que es la salud (INSM HD-HN, 2013a). En tal sentido, en la Constitución de la OMS se señala que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2019d).

Dentro del contexto señalado, la psicología positiva se ocupa de los elementos que promueven el desarrollo del bienestar personal, siendo uno de sus temas de estudio el bienestar, que como lo señalan Cuadra y Florenzano (2003), se ha partido de que es una condición del hombre. Inicialmente las investigaciones se centraban en la correlación de este constructo con variables demográficas; sin embargo, actualmente se investiga los procesos que subyacen al bienestar, tema dentro del que habría ciertos acuerdos como que “El bienestar tendría una dimensión básica y general que es subjetiva... El bienestar estaría compuesto por dos facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivos-emocionales... y otra centrada en los aspectos cognitivos-valorativos” (Cuadra y Florenzano, 2003, p.84-85).

Ryan y Deci (2001) proponen dos tradiciones a partir de las investigaciones sobre el bienestar: El bienestar hedónico, relacionado fundamentalmente con la felicidad y cuyo principal representante sería el bienestar subjetivo; y por otro lado el bienestar eudaimónico, relacionado al desarrollo del potencial humano, representado por el bienestar psicológico (Keyes, Ryff y Smotkin, 2002, citados por Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D., 2006).

Por su parte, Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000), en base a las investigaciones de otros autores, sostienen que en el constructo bienestar subjetivo se identifica un componente emocional y un componente cognitivo.

El primer componente estaría integrado por los afectos positivos y los afectos negativos.

Es en el componente cognitivo del bienestar subjetivo, denominado satisfacción con la vida, donde se centra la atención de esta investigación. La satisfacción con la vida ha sido definida por varios autores como el juicio integral o total que cada uno hace de su vida (Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D., 2006); es así que este constructo se va configurando en los procesos de socialización, en los cuales la familia primero en la infancia, y luego la escuela, amigos y otros espacios, además de la familia, son los agentes que interactúan con la persona de tal forma que ésta percibe, interpreta, valora y actualiza de acuerdo a las experiencias de vida. Es en este proceso de socialización donde la persona adquiere sus creencias, valores, normas y formas de conducta para interactuar en la sociedad en la que vive, y por tanto su forma de verse a sí mismo y su vida.

En los Anales de Salud Mental del ISM HD-HN del año 2013 (ISM HD-HN, 2013b), se señala que la población adulta obtuvo una media de satisfacción con la vida de 17.7, declarándose el 12.4% de varones insatisfechos y el 15.5% de mujeres insatisfechas; para tales efectos la escala de valoración fue de 5 a 25. En el caso de los adolescentes encuestados se encontró una media de 18.08 de satisfacción con la vida, declarando el 9.3% de varones y el 13.5% de mujeres sentirse insatisfechas con la vida.

Teniendo en cuenta, que al ser la satisfacción con la vida el componente más consolidado y global de la evaluación que hace de su vida la persona; y que incluye características de su personalidad, de sus patrones de pensamiento y comportamiento, sucesos relevantes a lo largo de su vida, circunstancias vitales presentes y disposición emocional actual (INSM HD-HN, 2013b) se podría esperar que en la medida que ésta sea reportada como más desfavorable por los adolescentes habría una mayor predisposición de presentar sintomatología depresiva; y a la inversa, en la medida que la evaluación de la satisfacción con la vida sea mayor se podría esperar que la sintomatología depresiva sea menos relevante o ausente.

Lo referido lleva a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida tomando en cuenta la variable sexo en adolescentes de una institución educativa nacional del distrito del Callao?

1.2 Delimitación de objetivos

1.2.1 Objetivo general

Establecer la relación entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida tomando en cuenta la variable sexo en adolescentes de una institución educativa nacional del distrito del Callao.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar la sintomatología depresiva en adolescentes de una institución educativa nacional del distrito del Callao.

- Identificar la satisfacción con la vida de los adolescentes de una institución educativa nacional del distrito del Callao.
- Conocer la relación entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en las adolescentes de una institución educativa nacional del distrito del Callao.
- Conocer la relación entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en los adolescentes de una institución educativa nacional del distrito del Callao.

1.3 Justificación del estudio

A nivel teórico, los resultados de este trabajo de investigación contribuyen enriqueciendo la información con la que se cuenta sobre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en los adolescentes, así como la relación entre estas variables, en este caso en particular de estudiantes de una institución educativa nacional del distrito del Callao.

A nivel práctico, se entregarán los resultados de este trabajo de investigación a las autoridades de la institución educativa fuente de la población de estudio, para que a partir de ello coordinen, con las instituciones de salud local, la ejecución de propuestas de intervención tomando en cuenta los síntomas de depresión de mayor incidencia que se encontraron en el estudio; así como propuestas de prevención orientados a desarrollar y/o fortalecer estrategias destinadas a mejorar el nivel de bienestar de los adolescentes.

1.4 Limitaciones del estudio

Este estudio se circunscribió a adolescentes de una institución educativa nacional del distrito del Callao en específico; en consecuencia, los resultados de este trabajo de investigación no se pueden generalizar a adolescentes de otros centros de estudios.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Investigaciones antecedentes

A continuación, se presentan investigaciones precedentes, tanto internacionales como nacionales, donde han intervenido las variables sintomatología depresiva y satisfacción con la vida, precisando que no se han encontrado investigaciones en las cuales las variables de estudio hayan sido relacionadas directamente.

2.1.1 Investigaciones internacionales

Cuadra-Peralta, Beloso-Vesio, Puddu-Gallardo, Salgado-García y Peralta-Montecinos (2012) desarrollaron una investigación para determinar el efecto de un programa de psicología positiva en la sintomatología depresiva y en la satisfacción vital. El diseño de la investigación fue cuasi experimental, se realizaron mediciones antes y después de la aplicación del programa. La muestra seleccionada fue de 43 adultos mayores de la ciudad de Arica, de los cuales 13 formaron el

grupo cuasi-experimental, un segundo grupo formado por 16 adultos mayores que constituyeron el grupo cuasi control activo y el grupo cuasi control inactivo formado por 14 adultos mayores. Los instrumentos aplicados fueron la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, la Escala de Satisfacción Vital de Diener, Emmons, Larsen & Griffin. El programa aplicado al grupo cuasi-experimental bajo el formato de talleres duró dos meses y dos semanas, dos horas semanales haciendo un total de veintidós horas. En el caso del grupo cuasi control activo se realizaron sesiones de 1 hora durante dos meses y dos semanas, 11 horas en total, desarrollando actividades de movilidad física y distracción; y al grupo cuasi control inactivo no se aplicó actividad alguna. Los resultados de la investigación mostraron que solo el grupo que recibió el programa de psicología positiva presentó una variación estadísticamente significativa tanto en la variable sintomatología depresiva (disminuyó) como en la variable satisfacción con la vida (aumentó).

Chico y Ferrando (2008) replicaron el modelo relacional de síntomas depresivos y satisfacción con la vida de Chang, Sanna y Yang, con la finalidad de valorar la posible relación existente entre ajuste psicológico expresado en síntomas depresivos y satisfacción con la vida; expectativas de resultados, optimismo y pesimismo; y afectividad: Afecto positivo y negativo. Para tal fin se contó con una muestra no clínica de 458 estudiantes de diferentes facultades de la Universidad Rovira i Virgili, con una edad media de 24.7 años. Los instrumentos aplicados fueron el Test Revisado de Orientación Vital (LOT-R) para medir el optimismo

disposicional, el Inventario de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para evaluar los síntomas depresivos y la Escala Multi-ítem para medir Satisfacción con la Vida. Los resultados de la investigación indicaron: Que optimismo y pesimismo son dimensiones relativamente independientes y no extremos de una línea continua; y que afecto positivo y afecto negativo son variables distintas incorreladas. La unión entre pesimismo y satisfacción con la vida y entre optimismo y sintomatología depresiva estaban mediadas por la afectividad; una vez controlada la influencia de la variable afectividad tanto el optimismo como el pesimismo seguían siendo predictores significativos de la satisfacción con la vida como de la sintomatología depresiva; sin embargo, una vez controlada la influencia de la afectividad el pesimismo seguía siendo un predictor significativo de la satisfacción con la vida pero dejaba de tener relación con la sintomatología depresiva.

Resende y Ferrao (2013) realizaron un estudio observacional en el cual se autoaplicó la segunda versión del Inventario de Depresión de Beck a 117 estudiantes del décimo segundo año de escolaridad de Viseu (Portugal), cuyas edades promediaban los 16.9 años. Como resultado de la investigación se evidenció que 9.4% de los estudiantes manifestaba síntomas de depresión, siendo la prevalencia mayor en las mujeres. La evaluación de los síntomas depresivos de forma aislada mostró como síntoma más frecuente la disminución de la capacidad de trabajo (36%).

Gómez-Maquet (2007) estudió la relación entre la cognición, la emoción y la sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. Tomó una muestra aleatoria de 1096 estudiantes de 12 a 16 años, de los cuales 55.7% fueron hombres, tanto de centros de estudios públicos como privados de Medellín (Colombia), y utilizó como instrumentos de medición el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-RP), la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) y el Cuestionario de Depresión Ces-D. Los resultados señalaron que las adolescentes presentaron mayor sintomatología depresiva que los adolescentes; en cuanto a la cognición, se evidenció en las mujeres más pensamientos automáticos negativos y en los varones más pensamientos positivos, con relación a los afectos, los varones mostraron niveles más altos de afecto positivo y las mujeres niveles más altos de afecto negativo.

Cova, Rincón y Melipillán (2009) investigaron sobre la influencia de la reflexión y la rumiación negativa en el desarrollo de sintomatología depresiva en 268 adolescentes mujeres de Talcahuano-Concepción. Los instrumentos usados fueron: El Inventario de Depresión de Beck segunda edición (BDI-II), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Respuesta Rumiativa (RRS), los cuales fueron aplicados cuando las adolescentes estudiaban primero y segundo de secundaria. Los resultados encontraron que la rumiación negativa era predictor de sintomatología depresiva, dicha rumiación se expresaba en la valoración negativa de sí mismo, la reiteración de sentimientos negativos y las expresiones de dolor por ocurrencias negativas. Por su parte, la reflexión acerca del

malestar que se experimentaba no se configuró como predictor de la sintomatología depresiva, más sí se observó una relación entre estas variables, lo que llevaría a pensar en la reflexión como una estrategia en situaciones de malestar emocional, sin significar ello que sea un elemento activador, perpetuador o potenciador de sintomatología depresiva.

Moreno-Murcia y Vera (2017) realizaron un estudio, a partir de un análisis de ecuaciones estructurales, para indagar la posibilidad de ocurrencia de la satisfacción con la vida en relación con las variables responsabilidad, autonomía, competencia, motivación intrínseca, autoestima y diversión. La muestra estuvo conformada por 324 estudiantes de 13 a 16 años. Los instrumentos aplicados fueron: La Escala de Metas Sociales (SGS-PE), los factores autonomía y competencia de la Escala de Necesidades Psicológicas Básicas en el Ejercicio (BPNES), el factor motivación intrínseca de la Escala de Locus Percibido de Causalidad (PLOC), el factor diversión de la Escala de Motivación Intrínseca (IMI), el factor Autoestima de la Escala de Autoconcepto Físico (PSPP) y la Escala de Satisfacción con la Vida (ESDV-5). Luego del análisis se encontró que la variable responsabilidad sería predictora de la satisfacción con la vida, pero luego de ser mediada por las variables autonomía, competencia, autoestima y diversión.

Martínez-Antón, Buelga y Cava (2007) investigaron la relación entre las variables escolares clima social en el aula y ajuste social valorado por

el profesor con las variables satisfacción con la vida, autoestima y victimización. En el estudio participaron 1319 adolescentes españoles, mujeres y hombres, de 11 a 18 años de edad; las pruebas aplicadas fueron: La Escala de Percepción del Alumno por el Profesor (EA-P), la Escala de Clima Escolar (CES), el Cuestionario de Autoestima Global (RSS), la Escala de Victimización en la Escuela y la Escala de Satisfacción con la Vida. Haciendo uso del análisis a través de ecuaciones estructurales se encontró que el ajuste social del estudiante percibido por el profesor, el clima social percibido por el estudiante y su grado de victimización estuvieron íntimamente relacionados; hallándose además que estas variables se relacionaron con la autoestima. Otros resultados indicaron que la satisfacción con la vida es afectada positivamente por la autoestima y negativamente por la victimización.

Estévez, Moreno, Murgui y Musitu (2008) en un estudio de clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes de 11 a 16 años de edad, escolarizados, de España; señalaron la importancia de considerar la percepción que tienen los adolescentes de sus contextos familiares y escolares para lograr una mejor comprensión de su bienestar psicológico y satisfacción con la vida. Se encontró que cuando se consideró el clima familiar y el clima escolar de forma conjunta, el primero destacó como fuente de satisfacción en la vida, sobre todo en lo que implica su rol afectivo. Los instrumentos aplicados fueron la Escala de Clima Familiar (FES), Escala de Clima Escolar (CES), Escala de Autoestima Global (RSS), la Escala de Depresión del Centro de Estudios

Epidemiológicos de Estados Unidos (CESD) y la Escala de Satisfacción con la Vida.

Chavarría y Barra (2014) examinaron la relación entre satisfacción vital y las variables autoeficacia y apoyo social percibido. La muestra estuvo constituida por 358 mujeres y hombres de 14 a 19 años de edad, aplicándose los siguientes instrumentos: La Escala de Autoeficacia General, el Cuestionario de Apoyo Social Percibido y la Escala Multidimensional de Satisfacción con la Vida en Estudiantes. La investigación halló una relación significativa entre la satisfacción con la vida y las variables autoeficacia y apoyo social percibido, resultando que la relación era mayor entre satisfacción con la vida y autoeficacia. Así mismo, se encontró que la autoeficacia y el apoyo social percibido mostraron niveles altos en la muestra mientras que satisfacción con la vida obtuvo resultados relativamente altos.

2.1.2 Investigaciones nacionales

Ramírez (2010) realizó un estudio para estimar la prevalencia de sintomatología depresiva e identificar los factores de relación interpersonal asociados en 176 adolescentes mujeres de 15 a 19 años del quinto grado de educación secundaria de un colegio nacional. A través de la aplicación de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) se halló 29.5% de sintomatología depresiva; así mismo, se determinó que los antecedentes de violencia sexual y violencia

escolar son factores de riesgo estadísticamente asociados para presentar esta sintomatología.

Obando (2011) estudió la relación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en 116 hombres y 65 mujeres, de 13 a 18 años, de una institución educativa particular de Lima. Los instrumentos aplicados fueron el Inventario de Depresión de Beck II – IDB II y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes – ACS. Los resultados descriptivos evidenciaron mínima existencia de sintomatología depresiva en los participantes, identificándose que tenía mayor presencia en las mujeres; en cuanto al afrontamiento los resultados mostraron que los adolescentes del estudio optaron mayormente por el estilo resolver el problema frente a los estilos referencia a los otros y no productivo. Los resultados inferenciales mostraron relación directa entre sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento no productivo, identificándose que las estrategias autoinculparse, reducción de la tensión y falta de afrontamiento presentaron correlaciones medianas con la sintomatología depresiva.

Rodríguez (2011) investigó la relación entre la sintomatología depresiva y el riesgo para desarrollar un trastorno alimentario. La investigación se llevó a cabo con 188 estudiantes – pre universitarias y universitarias - mujeres de 16 a 20 años. Se aplicó una encuesta sociodemográfica elaborada para el estudio, así como el Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición y el Inventario sobre Trastornos

Alimentarios de Hartley. Los resultados descriptivos mostraron un nivel mínimo de sintomatología depresiva, con un riesgo de 15.43% para desarrollar un cuadro depresivo; en cuanto a la variable riesgo para desarrollar un trastorno alimentario los resultados descriptivos evidenciaron No Riesgo con una media de 101.99. Los resultados inferenciales evidenciaron correlación positiva entre sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario.

Ugarriza y Escurra (2002) realizaron la adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en una muestra de 1963 estudiantes de Lima Metropolitana, cuyas edades oscilaban entre los 12 y 18 años. Los autores encontraron que la severidad de la sintomatología depresiva era mayor en las adolescentes que en los adolescentes, así como también identificaron que era mayor la severidad de la sintomatología depresiva en los alumnos procedentes de colegios estatales con relación a los procedentes de colegios de gestión particular. En base al análisis factorial, la investigación identificó como síntomas asociados a la depresión: Pérdida del ánimo o la esperanza; expresiones de cólera y tristeza; dificultad o incapacidad para experimentar placer, interés o satisfacción por las actividades; baja autoestima; y el factor somático-vegetativo expresado por alteraciones del sueño, del apetito y queja somática.

Mikkelsen (2009) estudió la relación entre la satisfacción con la vida y las estrategias de afrontamiento en 362 estudiantes de pre grado de

Lima de 16 a 22 años de edad. Haciendo uso de la escala de Satisfacción con la Vida y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) se encontró que la satisfacción con la vida correlacionó significativamente con las estrategias de afrontamiento. Se halló un nivel medio de satisfacción con la vida, alcanzando mayor satisfacción las áreas familiar y amical; en cuanto a la variable afrontamiento, las estrategias más usadas fueron referencia a otros y resolver el problema; así mismo, se encontró diferencias significativas según el sexo.

Tarazona (2005) exploró las diferencias en los niveles de autoestima, satisfacción con la vida y condiciones de habitabilidad en 400 estudiantes de quinto año de educación secundaria procedentes de colegios públicos y particulares del distrito de La Molina. En la investigación se emplearon la Escala de Autoestima de Rosemberg, la Escala de Satisfacción con la Vida y una escala de Habitabilidad diseñada para el estudio. Haciendo uso de un diseño factorial según género y pobreza se encontró que las adolescentes de escuela pública tuvieron el menor nivel tanto de autoestima como de satisfacción con la vida y los hombres de colegio privado obtuvieron el nivel más alto de autoestima como de satisfacción con la vida; los varones de escuelas nacionales obtuvieron niveles intermedios de autoestima al igual que las mujeres de escuela particular; con relación a la satisfacción con la vida, las mujeres de colegio particular se ubicaron en segunda posición y los hombres de escuela pública tuvieron nivel bajo igual que las mujeres de colegios públicos. Los

resultados sobre condiciones de habitabilidad confirmaron que quienes proceden de escuelas públicas evidencian indicadores de pobreza.

Verde (2014) investigó la relación entre los estilos de afrontamiento y la satisfacción con la vida. La muestra del estudio estuvo conformada por 258 adolescentes de nivel secundario de instituciones educativas nacionales de la provincia de Huaral. Los instrumentos aplicados fueron el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE) de Carver y la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener. El estudio encontró relación significativa la satisfacción con la vida y los estilos de afrontamiento, siendo positiva entre la satisfacción con la vida y el afrontamiento enfocado al problema y a la emoción; y negativa entre satisfacción con la vida y el estilo de afrontamiento de evitación.

Martínez (2004) estudió la asociación entre las variables satisfacción con la vida y perspectiva temporal futura partiendo de la idea que la construcción futura de lo que es la persona tiene una base inicial de lo que ésta piensa sobre sí y su futuro. La muestra estuvo constituida por 570 personas de ambos sexos, de dos niveles socioeconómicos de Lima, de 16 a 65 años al tratarse de un estudio evolutivo transversal; el diseño fue no experimental y los instrumentos utilizados fueron la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Pavot y Diener, el Método de Inducción Motivacional (MIM) y la Escala de Actitudes Temporales (TAS) de Nultin. Se encontró que tanto la satisfacción con la vida como la perspectiva temporal futura expresada en metas, ubicación temporal y

actitudes hacia el presente, pasado y futuro presentan diferencias en función a la edad; en el caso de la satisfacción con la vida se identificó que aunque todos se encontraban entre satisfechos y muy satisfechos con su vida, quienes estuvieron más satisfechos fueron los adultos mayores y los menos satisfechos fueron los adolescentes. Por otro lado, al evaluar las variables en función del sexo y nivel socioeconómico, se estableció el que sexo no evidenciaba diferencias significativas; mas el nivel socioeconómico sí, ya que la satisfacción con la vida era mayor, la actitud hacia la vida era más positiva, y hubo mayores respuestas de autorrealización y exploración en los niveles socioeconómicos altos; en el caso del nivel socioeconómico bajo se enfatizó en las respuestas de adquisiciones materiales y metas ubicadas en un futuro cercano.

2.2 Bases teórico-científicas

Esta investigación se gestó bajo el paradigma post positivista de investigación, ya que ontológicamente pretende conocer una realidad parcial, en vista de no poder aprehenderla totalmente debido en parte a las limitaciones para dominar todas las variables presentes en un fenómeno; en ese sentido, epistemológicamente se apeló a la objetividad crítica como la naturaleza de la relación entre quien investiga y el fenómeno a conocer en la pretensión de ser lo más neutrales posible, apoyándose en la tradición crítica y en la comunidad crítica; y metodológicamente hizo uso del multiplismo crítico con la finalidad de evitar interpretaciones distorsionadas, basándose en investigaciones previas (Guba, 1991; Ramos, 2015).

A continuación, se presenta el marco teórico en el que se circunscribe la investigación y el marco conceptual de la misma:

2.2.1 Adolescencia

2.2.1.1 Modelos teóricos de la adolescencia

Al tratar sobre modelos teóricos de la adolescencia es conveniente señalar que no todos los autores coinciden en la existencia de ésta en todas las culturas o en determinados periodos históricos; sin embargo, desde las ciencias del desarrollo, el concepto de adolescencia se viene configurando a escala individual abstracta, de tal forma que la adolescencia concebida de esta manera estaría presente en todos los adolescentes de todas o casi todas las culturas y sociedades (Kiel, 1969 citado por Lozano, 2014). A continuación, se presentan las perspectivas teóricas más representativas que consideran la adolescencia como universal.

Perspectiva de la recapitulación de Stanley Hall

Hall sostiene que el organismo individual atraviesa etapas que corresponden con aquellas que se dieron en el desarrollo de la humanidad; es decir, el individuo pasaría de un estado de primitivismo animaloide, pasando por un salvajismo hasta llegar a un modo civilizado. Hall señala que el desarrollo obedece a factores fisiológicos, determinados genéticamente, universales e

independientes del ambiente socio-cultural. Para Hall la adolescencia constituye la culminación del desarrollo y punto de partida para una humanidad superior, tanto en lo intelectual como en lo moral. Describe la adolescencia como un periodo personal de tendencias contradictorias donde el adolescente puede mostrar mucha energía y actividad desmedida y alternativamente indiferencia y desgano, puede pasar de la euforia a la tristeza profunda, de la vanidad a la timidez, del egoísmo al altruismo idealista (Lozano, 2014).

Perspectiva psicoanalítica

Se considera la adolescencia como el resultado del brote pulsional que se produce por la pubertad (etapa genital), que altera el equilibrio psíquico alcanzado durante la infancia (etapa de latencia). Este desequilibrio incrementa el grado de vulnerabilidad del individuo y puede dar lugar a procesos de desajuste y crisis, en los cuales están implicados mecanismos de defensa psicológicos (fundamentalmente la represión de impulsos amenazantes) en ocasiones inadaptativos. Se da una reactivación de impulsos sexuales que impulsa al individuo a buscar objetos amorosos fuera del ámbito familiar y a modificar los vínculos establecidos hasta ese momento con los padres en busca de independencia afectiva que implica romper los vínculos de dependencia afectiva previos. Durante este periodo el adolescente

experimenta regresiones en el comportamiento como: Identificación con personajes famosos, como artistas o deportistas; fusión con ideales abstractos referidos a belleza, religión, política o filosofía; y ambivalencia manifestada en fluctuaciones en los estados de humor y de comportamiento, rebeldía e inconformismo.

La perspectiva psicoanalítica acentúa la importancia de los factores internos en el curso del adolescente: El individuo debe construir una noción de identidad personal que implica unidad y continuidad del yo frente a los cambios del ambiente y del crecimiento individual; debe integrar los cambios sufridos en los diferentes aspectos del yo (autoimagen, autoconcepto, etc.) y establecer procesos de identificación y compromiso respecto a actitudes, valores, proyectos de vida que guíen su tránsito en la vida adulta. En función de cómo se hallan desarrollado estos factores internos desencadenarán en mayor o menor medida conflictos de integración social (Adrián y Rangel, s/f; Lozano, 2014).

Perspectiva cognitiva

Bajo esta perspectiva, la adolescencia se produce por la interacción entre factores individuales y sociales, se generan cambios trascendentales en las capacidades cognitivas pasando de

una etapa de operaciones concretas a operaciones formales, caracterizada por la capacidad de pensar de manera abstracta, de razonar deductivamente y definir conceptos; operar de manera formal, lógica, sistemática y simbólica; usar lenguaje complejo y pensamiento abstracto; procurar tratar con todas las relaciones e hipótesis posibles para explicar datos y sucesos. Las capacidades cognitivas adquiridas favorecen el desarrollo del pensamiento autónomo y crítico que aplicará el adolescente en su perspectiva sobre la sociedad y en su proyecto de vida.

Perspectiva antropológica

En esta perspectiva se piensa la adolescencia como una etapa social más que como una etapa del desarrollo ontogenético. El inicio de la adolescencia vendría dado en parte por el desarrollo biológico, fundamentalmente por el desarrollo sexual; sin embargo, el fin de este periodo e ingreso a la adultez estaría supeditado a variables culturales. En culturas caracterizadas por el individualismo, que contempla diversas opciones para los proyectos de vida, el pasar a la adultez se dilataría temporalmente y estaría definido por criterios individuales relativos a la autonomía personal; en las culturas tradicionales (no occidentales) el fin de la adolescencia se definiría por la presión que percibe el individuo de parte de sus patrones culturales marcados por la primacía del bien grupal que individual

y por eventos sociales, sobre todo por el matrimonio (Arnett y Taber, 1994 citado por Lozano 2014).

2.2.1.2 Conceptualización de la adolescencia

En un documento de la OMS (2018) se indica que la adolescencia es la etapa de crecimiento y desarrollo entre los 10 y 19 años de edad. Se considera el periodo de cambio más importante del ser humano caracterizado por un ritmo acelerado de modificaciones y crecimiento condicionado por determinantes biológicos prácticamente universales y por condiciones culturales y socioeconómicas.

En vista de las diferencias entre los adolescentes más jóvenes y los mayores, el periodo de la adolescencia comprendería: Adolescencia temprana y adolescencia tardía (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011).

En la primera etapa, de 10 a 14 años de edad, se inician los cambios corporales como incremento rápido de la estatura, preparación de los órganos sexuales para la reproducción y características que diferencian los sexos como el agrandamiento de los senos en las mujeres y el vello facial y crecimiento de la nuez de Adán en los hombres, los cuales pueden motivar angustia

o entusiasmo en la persona. A nivel interno, se da un proceso de desarrollo neuronal, de tal forma que el número de neuronas puede llegar a ser casi el doble en el lapso de un año, reorganizándose radicalmente las redes neuronales y reflejándose ello en la capacidad emocional, física y mental del adolescente. Es en esta etapa donde empieza a desarrollarse el lóbulo frontal, que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones. Suele decirse que las mujeres son más precoces y que maduran más rápido que los varones, ello se debería a que por lo general las mujeres acceden entre doce y dieciocho meses antes que los varones a estos cambios.

En la adolescencia tardía, comprendida entre los 15 y 19 años de edad, el desarrollo físico externo continúa, pero no en la magnitud que en la etapa previa; sin embargo, el desarrollo neuronal, tanto en cantidad de neuronas como en organización por afinidad de funciones, se ve reflejado en el incremento de la capacidad de pensamiento analítico y reflexivo otorgando al adolescente mayor seguridad y claridad en su identidad y en sus opiniones.

El periodo de la adolescencia se caracteriza por acciones temerarias mediadas por dificultades al evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Debido a esta temeridad se presenta el

inicio de experiencias de consumo de drogas, alcohol, experiencias sexuales tempranas, las cuales pueden ser difíciles de dejar. Así mismo, existe el riesgo de enfermedades físicas y mentales vinculadas a estas prácticas, entre ellas la depresión y trastornos alimentarios, ante las cuales suelen ser más propensas las adolescentes.

Según Silva y Gálviz (2010) las formas de vivir la adolescencia dependen del contexto social, en la mayoría de los casos la familia -que por lo general poco conoce de la importancia de los cambios que se viven en esta etapa- sufre desconcierto, reaccionando con angustia, hostilidad y severidad ante las conductas impetuosas y desmesuradas de los adolescentes dejando de lado la fragilidad e inmadurez de éstos. Estos autores señalan que esta clase de respuestas paternas exponen o activan en los adolescentes conductas de alto riesgo. En ese mismo sentido, Alzuri-Falcato, Hernández-Muñoz y Calzada-Urquiola (2017) señalan que en la década de los noventa el área de conflicto de los adolescentes era el área escolar, pero que en la actualidad su zona de conflicto se encuentra en el área familiar debido a las dificultades en la interacción y comunicación entre padres e hijos.

2.2.1.3 Salud mental del adolescente

En un documento del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011) se señala que el 20% de los adolescentes a nivel mundial presentarían problemas de salud mental, siendo la depresión el trastorno mental que más contribuye a la morbilidad mundial entre los 15 y 19 años de edad. Se señala que alrededor del 50% de las afecciones mentales se inicia antes de los 14 años de edad, atribuyéndose éstas a problemas en las estructuras familiares, incremento de desempleo entre los jóvenes y a las aspiraciones poco realistas que tienen los padres para sus hijos.

Los factores de riesgo para los trastornos mentales en la adolescencia incluyen el maltrato infantil; la violencia en la familia como fuera de ella; la indigencia; la exclusión social y la desventaja educativa. Incrementan la situación de riesgo los trastornos psiquiátricos en los padres, la violencia marital de los progenitores, la exposición a transformaciones sociales y la ansiedad por conflictos armados, desastres naturales y otras crisis.

Según lo reportado en los Anales de Salud Mental del ISM HD-HN replicados el año 2012 (2013b), el adolescente peruano de Lima Metropolitana y Callao reacciona ante los principales problemas psicosociales conceptuados por ellos como la delincuencia (25.9%), la pobreza (20.4%), la violencia (17.3%) y

la falta de valores (5%) con pena, tristeza o depresión (21.2%), preocupación (17%) y cólera (14.5%). Los adolescentes señalan que experimentan siempre o casi siempre sentimientos negativos como irritabilidad (52.5%), aburrimiento (21.2%), inquietud (12.2%), que todo le supone un gran esfuerzo (10.6%), nerviosismo (10.1%), tensión (9.3%), tristeza (8%), sentimientos de angustia (7.3%) y sin esperanza (3.5%). En cuanto a los indicadores suicidas se observó un incremento del 11.9% en el deseo suicida del año 2002 (uno de siete adolescentes, 14%) al año 2012 (25.9%), esta prevalencia fue mayor en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años de edad, tanto en el deseo suicida como en el intento suicida. Los motivos señalados por los adolescentes para sus deseos de morir, pensar, planear o intentar quitarse la vida fueron los problemas con los padres (59.2%), problemas con otros parientes (10.5%) y problemas con los estudios (7.9%).

2.2.2 Sintomatología depresiva

Con la finalidad de precisar la variable de estudio sintomatología depresiva se presentan las diferencias entre síntoma, síndrome y categoría diagnóstica de trastorno mental en cuanto a la depresión. Luego se exponen los principales modelos teóricos sobre la etiología de la depresión y el modelo categorial, ya que éste comprende la sintomatología de la depresión, variable de la investigación, para luego caracterizar sus particularidades en los adolescentes. Finalmente se

señalan algunos instrumentos de evaluación que permiten recoger información sobre la severidad de la sintomatología depresiva en adolescentes.

2.2.2.1 Depresión: Diferencias entre síntoma, síndrome y categoría diagnóstica de trastorno mental

El síntoma es la alteración del organismo o de su funcionamiento identificada y expresada por el sujeto, con origen real o motivado por un estado patológico (Zevallos, 2007). Ejemplos de síntomas son: Dolor, miedo, náuseas, vértigo. Los síntomas no siempre pueden ser percibidos u observables por sujetos del entorno familiar de la persona o de espacios donde regularmente socializa con otros (Torres, Barrantes y Tajima, 2015; Herranz, 2008).

El síndrome es un conjunto de signos -indicador objetivo de un proceso orgánico anómalo, observable y registrable- y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico, es decir, que su aparición conjunta ha sido previamente estudiada y vinculada con varios problemas de salud. Por ejemplo: Un síndrome anémico podría expresarse por cansancio y signos de palidez, siendo que la causa de esta anemia podría deberse a pérdidas de sangre, hemólisis o falla medular en la producción de elementos hematopoyéticos. Al hablar de anemia se abre un abanico de posibilidades para explicarla (Gazitúa, 2007). Otro ejemplo: El

síndrome de Korsakoff caracterizado por: Amnesia anterógrada (no recuerda eventos del presente, pero sí los ocurridos hace mucho tiempo), falta de orientación en el tiempo y el espacio (no sabe qué día es ni dónde está), vacíos mnésicos en los relatos completados con ideaciones no reales, inconsciencia de la afección, jovialidad, trastornos de la comprensión, asociación con síntomas físicos (especialmente polineuritis en las extremidades). “Este síndrome se da sobre todo en el alcoholismo, pero también en algunas formas de demencia, en traumatismos craneales, en intoxicaciones e infecciones, en avitaminosis y en otros cuadros orgánicos conectados a trastornos hepáticos” (p.3) (Samat, 1999).

La categoría diagnóstica de trastorno mental no solo considera un conjunto de síntomas implicados en el criterio o criterios de diagnóstico, sino también conocer y considerar el detalle de factores sociales, psicológicos y biológicos que pueden haber contribuido a su aparición (APA, 2014). En la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se señala que la identificación de diagnósticos -sea principal, secundaria o procedimientos asistenciales realizados en el periodo asistencial- requiere la lectura de la documentación clínica, así como de todos aquellos documentos que permitan mayor precisión, como por ejemplo la anamnesis (OMS, 1992).

En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM–V) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), con fines clínicos, de salud pública y de investigación se define trastorno mental de la siguiente forma:

“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente” (p.5).

Habiendo señalado las diferencias entre síntoma, síndrome y categoría diagnóstica de trastorno mental, se tiene que el término depresión puede presentar estas tres acepciones o enfoques.

Como síntoma la depresión se considera un estado de ánimo apagado, desalentado o triste; sin tomar en cuenta el periodo de duración del mismo, ni si está asociado a un problema o a muchos problemas. Como síndrome, la depresión es un conjunto de conductas y emociones que se dan de forma conjunta con otras condiciones clínicas como por ejemplo con la ansiedad, en quienes presentan enfermedad de Alzheimer, diabetes, cáncer, infarto de miocardio y VIH (MINSA, 2008); y como categoría diagnóstica alude a un conjunto de signos, síntomas, pautas de incorporación y separación que describen una entidad clínica (Vázquez y Sanz, 1991).

2.2.2.2 Principales modelos etiológicos de la depresión

Siguiendo a Bunge (2004, citado por Chapi, 2013), los modelos teóricos son supuestos técnicos de una teoría para explicarla en la práctica, es decir, sirven para interpretar el hecho. Chapi (2013) señala que los principales modelos que explican el origen o las causas de la depresión serían los siguientes:

Modelos biológicos

Se fundamentan en los componentes genético y bioquímico. Con relación al origen genético de la depresión las investigaciones han encontrado que se presentan principalmente en algunos familiares con el mismo trastorno; identificando que

en familias de primer grado como padres, hijos y hermanos existe alrededor de tres veces más probabilidades de enfermar de depresión que en el resto de las personas (Silva, 2002 citado por Chapi 2013); en este sentido es conveniente precisar que se desconoce cuánto del riesgo proviene de factores genéticos y cuánto del ambiente familiar. Así mismo, investigaciones en gemelos diagnosticados con depresión mayor, establecieron que la concordancia para que ambos gemelos idénticos presenten depresión es mayor que en gemelos no idénticos.

En cuanto al enfoque bioquímico, inicialmente se basó en los sistemas monoaminérgicos y el déficit de sustancias neurotransmisoras sintetizadas en los pacientes depresivos (Silva, 2002 citado por Chapi 2013). Luego, la depresión fue asociada a alteraciones de la actividad presináptica serotoninérgica y alteraciones en los receptores postsinápticos; sin embargo, no se ha logrado identificar de manera consistente anomalías bioquímicas en pacientes depresivos (Zandio, Ferrín y Cuesta, 2002 citado por Chapi 2013). Así mismo, Silva (2002 citado por Chapi, 2013) ha encontrado que en la depresión se identifican alteraciones en el funcionamiento del sistema endocrino en el eje hipotalámico-hipofisiario-suprarrenal, así como asociación con el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo.

Modelos cognitivos

Jervis (2005 citado por Chapi, 2013) señala que estos modelos explican la relación entre los estados emocionales y el comportamiento, mediados por el discurso interno que construye la realidad, la experiencia y el pensamiento de quien presenta depresión. Así mismo, Hammen (1997 citado por Chapi, 2013) refiere que estos modelos señalan que la vulnerabilidad de la persona solo se activa por sucesos estresantes, desencadenando así el trastorno de depresión.

El modelo cognitivo del procesamiento de la información de Beck indica que el origen depresivo son las ideas erróneas de la realidad. Beck (2009 citado por Chapi, 2013) afirma que hay dos tipos de esquemas relacionados con la depresión: La sociotropía, que se refiere a las actitudes y creencias que producen una alta valoración de las relaciones sociales y una fuerte dependencia de las normas de dichas relaciones al juzgar su propia conducta; y la autonomía, que se encuentra vinculada a actitudes de independencia y autodeterminación. En el caso de las personas depresivas el procesamiento de la información de la realidad estaría orientado por pensamientos distorsionados, constituyéndose lo que se conoce como “triada cognitiva negativa”, es decir, una actitud y accionar negativo frente a sí mismo, al mundo y al futuro.

El modelo de indefensión o impotencia aprendida de Seligman señala que el sujeto percibe una pérdida de control sobre el ambiente; se establecen como componentes de la relación entre el individuo y el ambiente: La contingencia, la cognición y la conducta. La contingencia alude a la relación entre la acción de la persona y sus resultados; la cognición, a la forma como el sujeto percibe, explica y generaliza la contingencia a otras situaciones; y la conducta, consecuencia de la contingencia y la cognición expectante de lograr resultados positivos. En ese sentido, los resultados frustrantes son percibidos como hechos incontrolables y la expectativa del individuo frente a éstos resulta ser un factor interno constante que desencadena inevitablemente tristeza, agresión, cambios inmunológicos y por consiguiente vulnerabilidad a presentar depresión (Peterson, Maier & Seligman, 1993 citados por Chapi, 2013).

Modelos conductuales

Se basan en las teorías del aprendizaje. Según Saldaña (2001 citado por Chapi, 2013) estos modelos aplican las ideas originales de Skinner sobre el condicionamiento operante, considerando que la característica principal de la depresión es una reducción generalizada de la frecuencia de conductas. Polaino-Lorente (1985, citado por Chapi, 2013) rescata de la teoría de la

indefensión de Seligman las condiciones de refuerzo y evitación que hacen propicio un proceso de aprendizaje, el cual se cumple en la aparición de la sintomatología depresiva. Por su parte, Ferster aplicó el análisis funcional al estudio del comportamiento depresivo llegando a la conclusión que éste se caracteriza por un exceso de conductas de evitación ante la estimulación aversiva junto con un exceso de conductas irracionales y un déficit de conductas activas, reforzadas positiva o negativamente, que ejerzan un control efectivo sobre el medio. La estimulación aversiva, que a la vez reforzaría la conducta depresiva, estaría constituida por la atención y expresiones de afecto que se dan al sujeto depresivo, quien las percibe como aversivas. Bajo esta perspectiva los factores que desencadenarían la sintomatología depresiva serían: Ambiente carente de reforzadores, pocas habilidades sociales para obtener refuerzo y el deficitario repertorio de refuerzos potenciales para el sujeto.

Otro modelo etiológico sobre la depresión es el psicoanalítico, que trató sobre este fenómeno inicialmente bajo la denominación de melancolía, la cual sería el resultado de la permutación del afecto. Para Freud el estado de melancolía se caracteriza por una desazón intensamente triste, desinterés por lo que sucede en el entorno, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de la productividad y empobrecimiento del Yo expresado en autorreproches y autodenigraciones, el cual se explicaría más

adelante por la tensión entre el Yo y el Ideal del Yo. Concepciones psicoanalíticas más actuales sostienen que la manifestación de la depresión dependería del elevado nivel narcisista, de la imagen de sí desvalorizada o de la agresividad de la conciencia crítica (Korman y Sarudiansky, 2011). Para Bleichmar (2003 citado por Korman y Sarudiansky, 2011) los componentes que caracterizan el estado depresivo serían: Fijación a un deseo considerado como central y percibido como no realizable en el mundo del sujeto; percepción de sí como impotente/indefenso para lograr ese deseo; y el afecto depresivo y cierto grado de inhibición psicomotriz.

2.2.2.3 Modelo categorial de depresión

Los sistemas diagnósticos operativos, el DSM-V y la CIE-10, son clasificaciones, modos de pensar u organizar los trastornos mentales. Estos sistemas diagnósticos se fundamentan en un modelo de categorías basado en la sintomatología para definir los trastornos mentales; es este modelo categorial el que permitirá expresar la variable sintomatología depresiva.

En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM–V) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) se clasifica la depresión en el capítulo trastornos depresivos, caracterizándolos por la presencia de “un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos

y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo; diferenciándolos la duración, presentación temporal o la supuesta etiología” (p.155).

En su predecesora, la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) de la American Psychiatric Association (APA, 2003), la depresión se clasificó como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la alteración del humor o la afectividad.

En la CIE-10 publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) se considera la depresión dentro de los trastornos del humor (afectivos) y los clasifica en episodios depresivos y trastorno depresivo recurrente. La descripción del trastorno de depresión mayor en el DSM-V y del episodio depresivo en el CIE-10 coinciden en caracterizar la presencia de al menos el estado de ánimo depresivo (sentimiento de tristeza, vacío, sin esperanza) o la anhedonia, además de otros criterios - como la pérdida significativa de peso, la disminución o incremento del apetito, trastornos de sueño, incremento o decremento de actividades psicomotoras, disminución de energía, sentimientos de poca valía o de culpa excesiva o inapropiada, menor capacidad de pensar o concentrarse, indecisión e ideación suicida - por periodos mínimos de dos semanas y con afectación de la funcionalidad en sus actividades diarias. Tanto en el CIE-10

como en el DSM-V se hace distinción en cuanto a niveles de gravedad: Leve, moderado y grave en función del número e intensidad de síntomas, especificando la presencia o no de síntomas psicóticos. En el caso del DSM-V también se considera en la codificación y registro del trastorno de depresión mayor si la remisión es parcial o total, y la especificación de presencia de ansiedad, características mixtas, características melancólicas, características atípicas, entre otras.

2.2.2.4 Sintomatología depresiva

Es importante señalar que los síntomas depresivos están presentes en todas las personas en algún momento de la vida (Jara, 2004) y no implican necesariamente un trastorno o una enfermedad, para ello deben considerarse otros criterios -como factores sociales, psicológicos y biológicos- que puedan haber contribuido a su aparición, valorados dentro de un proceso de evaluación clínica (OMS, 1992; APA, 2014).

Rottenberg (2014) afirma que los bajos estados de ánimo son parte natural del sistema evolutivo y que actúan como protección contra la adversidad, similar a una campana de alarma que indica que algo está mal en la dirección y lo que es importante en la vida.

Chinchilla (2008) caracteriza la sintomatología depresiva de la siguiente forma:

- Humor, afecto y sentimientos: El humor suele ser el síntoma clave (tristeza vital y profunda), se sienten vacíos, anestesiados y a veces incapaces de expresar esta tristeza, puede haber disforia e irritabilidad, la afectividad puede ser lábil y frecuente la tendencia al llanto.
- Lenguaje: Se dan respuestas simples y cortas con un tono de voz bajo y con un tiempo de latencia alargado entre pregunta y respuesta.
- Pensamiento: Suele ser lento con contenido negativo del mundo y de uno mismo, frecuente las rumiaciones sobre la pérdida, culpa, ruina, hipocondría, suicidio y muerte, en ocasiones estas ideas llegan a ser delirantes.
- Cognición: Suelen estar orientados, aunque con una impresión subjetiva de merma cognitiva debida a su estado anímico. Disminuye la atención y concentración.
- Facies depresiva y enlentecimiento psicomotor.
- Anhedonia: Pérdida de interés e incapacidad para experimentar placer.
- Motricidad: Inhibición o agitación.
- Disminución del rendimiento personal o sobreesfuerzo para mantener el nivel previo.
- Ansiedad: Suele acompañar a la depresión.
- Control de impulsos: Entre un 10 y 15% de todos los deprimidos completan un suicidio, siendo 2/3 los que tienen ideación autolítica.

- Trastorno del sueño: El patrón de alteración más característico de la depresión severa es el despertar precoz con insomnio medio y tardío con un acortamiento del número total de horas de sueño.
- Síntomas somáticos: Astenia, pérdida de apetito y peso, disminución o pérdida de la libido, estreñimiento, variación circadiana de la sintomatología con característico empeoramiento matinal y mejoría vespertina.

Jara (2004) señala que la sintomatología de la depresión se puede condensar en cinco áreas: Afectividad, pensamiento-cognición, conducta, ritmos biológicos y trastornos somáticos. En cada una de estas áreas se pueden expresar las siguientes manifestaciones:

- En la afectividad: Tristeza, anhedonia, apatía, indiferencia, ansiedad, irritabilidad.
- Pensamiento-cognición: Lentitud, pesimismo, inseguridad de sí mismo, desaliento, ideas de muerte, ideación culposa, de desolación, melancolía, dificultades de atención.
- Conducta: Descuido de su persona, retraimiento/convulsión, incomunicación, llanto, intentos de terminar con su vida.
- Ritmos biológicos: Inicio en primavera – otoño, mejora al anochecer, de inicio temprano.

- Somáticos: Inapetencia, pérdida de peso, trastornos del sueño, trastornos digestivos, constipación, algias, decaimiento, alteraciones sexuales.

2.2.2.5 Sintomatología depresiva en los adolescentes

En la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (Álvarez, Álvarez, Atienza, Basanta, Goicochea, González, ...Varela, 2018) se señala que los síntomas depresivos en los adolescentes se presentan principalmente en cuatro áreas:

- Afectiva y conductual: Presentando irritación, ofuscación, excitación o represión psicomotriz, cansancio, inactividad, tristeza, desgano, sensación de culpa y en ocasiones ideas recurrentes de muerte.
- Cognitiva y actividad escolar: Baja valoración de sí mismo, falta de atención sostenida, disminución del rendimiento escolar, miedo irracional a la escuela, perturbaciones conductuales en el colegio y con sus coetáneos.
- Familiar: Conflictos, empeoramiento de las relaciones interpersonales o repercusiones en otros miembros de la familia.
- Somática: Pesadez o tensión en la cabeza, dolor abdominal, dificultades para controlar esfínteres, insomnio o hipersomnia, disminución o incremento del apetito y del peso.

Además de los síntomas mencionados, Álvarez, Álvarez, Atienza, Basanta, Goicochea, González, ...Varela (2018) refieren otras características que aparecen en esta etapa:

“... más conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas. En ocasiones pueden tener pensamientos relativos al suicidio” (p.55).

Entre los factores de riesgo para la depresión se incluyen el sexo. Las adolescentes estarían más propensas a la depresión, siendo probable que ello se relacione con los cambios biológicos puberales o con la manera que se les socializa, además de su baja capacidad de para prevenir, resistir y sobreponerse ante demandas sociales que consideran sobrepasan sus recursos personales.

Otras circunstancias que incrementan las posibilidades de aparición de depresión son la preocupación y miedo intenso ante situaciones cotidianas, temor para interactuar con otros, eventos trascendentales que se experimenten como estresantes, enfermedades que persisten en el tiempo de forma prolongada como diabetes o epilepsia, desacuerdos con los padres, abuso o descuido, uso de alcohol o drogas, actividad sexual, y tener uno o

dos progenitores con antecedentes de depresión. De igual forma, los síntomas depresivos se pueden potenciar por las dificultades con la forma de ver y percibir el propio cuerpo y por las alteraciones en la conducta alimentaria (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009).

2.2.2.6 Instrumentos para la evaluación de la sintomatología depresiva en adolescentes

Al indagar sobre instrumentos de evaluación de la sintomatología depresiva es común encontrar los denominados instrumentos de evaluación de la depresión; como se precisó en acápites precedentes, es claro que estos instrumentos de evaluación hacen alusión a la medición de la sintomatología depresiva. Álvarez, Álvarez, Atienza, Basanta, Goicochea, González, ...Varela (2018) señalan que estos instrumentos de evaluación se pueden utilizar para medir la intensidad de la sintomatología depresiva, establecer áreas conductuales problemáticas, identificar cambios sintomatológicos, realizar cribados e incluso, diferenciar el tipo concreto de trastorno depresivo; ya sea a través de instrumentos autoevaluables-como el Beck Depression Inventory (BDI) o la Kutcher Adolescent Depression Scale (6-KADS) o heteroevaluables -como la Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) o la Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS),

aplicado por clínicos; sin embargo, no son válidos para realizar un diagnóstico de depresión.

Entre los instrumentos de evaluación de la sintomatología depresiva cuyas edades de aplicación comprende la etapa de la adolescencia se encuentran: El Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR), la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK), el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) y el Cuestionario para la Evaluación de Problemas en Adolescentes (Q-PAD).

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los más empleados debido a que ha demostrado poseer adecuadas propiedades psicométricas. Es un test autoaplicado que consta de 21 ítems (en su última versión, el BDI-II). Este instrumento está dirigido a adolescentes desde los 13 años de edad, en él se tiene que optar por la expresión que describa mejor su situación durante las últimas dos semanas dentro de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad. Los puntajes para cada respuesta van de 0 a 3 en función de la alternativa seleccionada, luego de asignar las puntuaciones a cada ítem se procede a sumar todas las puntuaciones para obtener la puntuación final que varía de 0 a 63 categorizando la gravedad de la sintomatología como: Mínima o

no presencia de depresión, leve o subclínica, moderada y grave (Álvarez et al., 2014).

La Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) es un instrumento autoaplicado que evalúa la sintomatología depresiva entre los 13 y 18 años de edad. El inventario consta de 30 ítems redactados en tiempo presente para evaluar síntomas actuales, presentando cuatro alternativas de respuesta: Casi nunca, rara vez, algunas veces y casi siempre; a estas respuestas le corresponden puntajes de 1, 2, 3 y 4, respectivamente (se hace una excepción con los ítems 1, 5, 10, 12, 23, 25 y 29, que son inconsistentes con la sintomatología depresiva, por lo cual se puntúan de forma inversa). Un puntaje total directo por encima de 76 indicaría severidad de la sintomatología depresiva (Ugarriza y Ecurra, 2002).

La Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK) es una escala de autoinforme que evalúa el nivel de severidad de la sintomatología depresiva en el rango de los 12 a 22 años de edad. LeBlanc, Almudevar, Brooks y Kutcher (2002) señalan que la capacidad diagnóstica de la escala de seis ítems del KADS es igual de buena que la del IDB. La escala solicita al evaluado determinar cómo se ha sentido con relación a los ítems propuestos en función al lapso de la última semana, para ello se hace uso de las alternativas de respuesta: Casi nunca, a veces, casi

todo el tiempo y todo el tiempo; siendo puntuadas de 0 a 3, de acuerdo a la intensidad del síntoma presentado. Si la calificación total es igual o mayor a 6 debe sospecharse que el evaluado presente síntomas de un cuadro de depresión mayor y requiera una evaluación clínica más profunda (Kutcher, Chehil y García-Ortega, s/f).

El Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) es un cuestionario de autoinforme que evalúa sintomatología depresiva de los 8 a los 14 años de edad. Las autoras recomiendan que además del niño o adolescente sean también los padres los que contesten el cuestionario, ya que conciben que la depresión está presente como un problema de familia y sus miembros actúan depresivamente. El CDS está constituido por 66 reactivos, 48 de carácter depresivo y 18 de carácter positivo; brindando resultados globales de estas dos dimensiones y resultados específicos a través de 8 escalas, 6 de la dimensión de depresión y 2 de la dimensión positiva. La interpretación de los resultados se realiza en base a las puntuaciones directas transformadas en percentiles (Lang y Tisher, 2014).

El Cuestionario para la Evaluación de Problemas en Adolescentes (Q-PAD) es un cuestionario de autoinforme que tiene por finalidad realizar una evaluación comprehensiva de los adolescentes de 12 a 18 años, que permite obtener puntuaciones

en nueve escalas: “Ansiedad, Depresión, Problemas interpersonales, Problemas familiares, Insatisfacción corporal, Incertidumbre sobre el futuro, Abuso de sustancias, Riesgo Psicosocial y Autoestima y bienestar”. El Q-PAD consta de 81 ítems, sus puntuaciones directas requieren ser transformadas a percentiles para su interpretación (Sica, Chiri, Favilli y Marchetti, 2016).

2.2.3 Satisfacción con la vida

2.2.3.1 Concepto de satisfacción con la vida

La satisfacción con la vida, también denominada satisfacción vital, es definida por Diener (1994) como el balance general que las personas hacen cuando reflexionan sobre su vida total, siendo una medida fundamentalmente cognitiva.

El concepto de satisfacción con la vida se enmarca teóricamente dentro del concepto de calidad de vida. Según Casas (1996, citado por Luna, 2012) la calidad de vida alude a indicadores objetivos o materiales de la realidad social (costo de la canasta familiar, ingresos mensuales, número de atenciones de salud al mes, etc.) y a indicadores subjetivos como las impresiones, ideas, juicios, anhelos y perspectiva que tienen las personas sobre las circunstancias de sus vidas y el bienestar o satisfacción que éstas les proveen.

Dentro de los indicadores subjetivos se configura el concepto de bienestar subjetivo, en el cual, a partir de las investigaciones realizadas, se ha identificado una dimensión afectiva y una dimensión cognitiva (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985); en ese sentido el bienestar subjetivo es una construcción teórica producto de un componente cognitivo como de un componente afectivo.

Campbell, Converse y Rodgers (1976, citados por Luna, 2012) señalan que la satisfacción vital es el componente cognitivo del bienestar subjetivo. Shin y Jhonson (1978) precisan que el juicio o evaluación que realizan las personas para expresar su satisfacción con la vida expresa su calidad de vida en base a sus propios criterios, personales y particulares.

Campbell et al. (1976, citados por Luna, 2012) señalaron que conocer la satisfacción con la vida en áreas específicas (trabajo, matrimonio, etc.) permitiría una visión tanto más integral como específica del bienestar subjetivo; ante ello Veenhoven (1994) afirma que las valoraciones de la satisfacción vital (como un todo o por áreas específicas) no tienen por qué coincidir en un mismo individuo, y que la satisfacción vital como un todo sería “algo más” que la adición de las satisfacciones en las diversas áreas de la vida. En la presente investigación se ha optado por el concepto

de satisfacción con la vida como juicio global planteado por Diener.

Cabañero et al. (2004) señalan que a diferencia de los aspectos afectivos-emocionales del bienestar subjetivo, que se asocian con las circunstancias y sucesos diarios, la satisfacción con la vida se relaciona fuertemente con los éxitos obtenidos y con condiciones sociales como el grado de estudios logrado, el nivel socioeconómico de la familia, de la persona o de su país. En ese sentido, Schimmack y Oishi (2005, citados por Cabañero et al., 2004), en base a un meta-análisis de estudios de fiabilidad de medidas de satisfacción con la vida, señalaron que en la evaluación cognitiva que realiza la persona para determinar su satisfacción vital median componentes constantes y otros más situacionales; identificando que el 80% de la varianza de la satisfacción con la vida es resultado de componentes constantes como la personalidad, educación recibida, situación económica, etc.; 10% resultado de componentes más situacionales como el orden de las preguntas, estado de ánimo, eventos vitales episódicos, etc.; y 10% resultado de componentes fortuitos. Por otro lado; Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985) señalan que los factores más importantes para la satisfacción con la vida de las personas estarían asociados a las relaciones sociales – cercanía y/o apoyo de familiares y amigos–; a las metas que hacen que la persona se sienta parte de algo más amplio que sí mismo –

trabajar, estudiar, ser madre, abuelo; es decir, ser significativo e importante para otro - y la satisfacción con uno mismo.

2.2.3.2 Modelos teóricos de satisfacción con la vida

Entre las principales teorías que explican la satisfacción con la vida se encuentran las propuestas por Diener (1984, citado por Headey, Veenhoven & Weari, 1990): Teorías Bottom – Up (de abajo hacia arriba o ascendentes) y las teorías Top – Down (de arriba hacia abajo o descendentes).

Teorías Bottom – Up: Consideran que la satisfacción con la vida es la síntesis de la satisfacción en los diferentes aspectos o dominios de la vida.

Teorías Top – Down: Señalan que la satisfacción en los dominios de la vida es principalmente una consecuencia de la satisfacción general de la vida, la que a su vez depende principalmente de los rasgos de personalidad y otros aspectos más estables de la persona.

2.2.3.3 Medida de la satisfacción con la vida

Sandvik, Diener & Seidlitz (1993 citados por López & Sneyder, 2009) hallaron que las medidas de auto-reporte sobre satisfacción con la vida convergen con otros tipos de evaluación incluyendo calificaciones de experto basadas en entrevistas con

encuestados, medidas de muestreo de experiencias en las cuales los sentimientos son reportados en momentos aleatorios de la vida, memoria de eventos positivos versus negativos acontecidos en las vidas de los participantes, así como reportes de familiares y amigos.

Por otro lado, también encontraron que los juicios globales de la satisfacción con la vida no corresponden fielmente al estado de ánimo promedio o al nivel de satisfacción experimentado a través de diferentes momentos o dominios de la vida, ello debido a que los juicios están probablemente influenciados por estados de ánimo actuales, sus creencias acerca de la felicidad y la posibilidad de recuperar información positiva y negativa de sus vivencias. En ese sentido, consideran que esta información podría complementarse con evaluaciones basadas en memorias, reporte de entrevistados y muestreo de experiencias.

2.2.3.4 Satisfacción con la vida en los adolescentes

Tradicionalmente, al hablar de adolescencia se consideraba una mirada parcial de matiz negativo, como un periodo de dificultades, conflictos e inestabilidad emocional, manifestados principalmente en el seno familiar y en la escuela. Es así que, al evidenciarse en la actualidad prevalencia de dificultades como depresión, conductas antisociales y consumo de drogas, los programas de salud se orientan a prevenir y disminuir

comportamientos de riesgo en los adolescentes, de tal forma que indicadores de un desarrollo adolescente saludable bajo este enfoque son: La ausencia de problemas con el alcohol y las drogas, y no implicarse en actividades antisociales, ni sexuales sin protección. Como se observa, este modelo -tradicional- muestra la centralidad en el riesgo, la patología y sus síntomas.

En los últimos años, en la psicología comunitaria y en la Psicología Positiva ha surgido un paradigma que enfatiza el desarrollo positivo y la competencia durante la adolescencia, centrándose en el bienestar y destacando las condiciones saludables expresadas en conductas, habilidades y competencias necesarias para tener éxito en la vida social, en los estudios y en el trabajo. En este sentido, la prevención es entendida no como evitación de conductas de peligro, sino como promoción de conductas saludables (Oliva et al., 2011). Para valorar estas conductas se han desarrollado instrumentos que permitan su medición como: Evaluación de la autoeficacia generalizada, evaluación de la satisfacción con la vida, evaluación del optimismo, evaluación de la toma de decisiones, evaluación de la planificación, entre otros.

En los Anales de Salud Mental del ISM HD-HN del año 2013 (ISM HD-HN, 2013b) se señala que, en la población adulta, en una escala de 5 a 25, el grado de satisfacción con la vida obtuvo

una media de 17.7, declarándose el 12.4% de varones insatisfechos y el 15.5% de mujeres insatisfechas. En el caso de los adolescentes encuestados se encontró una media de 18.08 de satisfacción con la vida, declarando el 9.3% de varones y el 13.5% de mujeres sentirse insatisfechas con la vida.

2.3 Definición de conceptos básicos

- **Adolescencia:** Es el periodo de crecimiento y desarrollo comprendido entre los 10 y 19 años de edad. Es una etapa caracterizada por notables cambios físicos y psicológicos ante los cuales el individuo responderá en función de las propias capacidades y habilidades desarrolladas, así como de las respuestas de acompañamiento o rechazo de su entorno.

- **Síntoma:** Es la referencia subjetiva que da un sujeto al percibir anomalía en su organismo o en su funcionamiento, el cual no es necesariamente visible a los demás.

- **Categoría diagnóstica de trastorno mental:** Es resultado de una evaluación clínica que valora un conjunto de criterios biológicos, psicológicos y sociales que caracterizan una situación donde el desenvolvimiento regular de la persona se ve afectada dificultando o impidiendo su desarrollo ya sea individual, familiar, escolar, laboral y/o social.

- **Sintomatología depresiva:** Expresión de anomalía del individuo caracterizada por: Tristeza, irritabilidad, sentimientos de poca valía, sin esperanza, poca energía, sin motivación, le cuesta trabajo hacer las cosas, aburrimiento y pensamientos o intentos suicidas.

- **Satisfacción con la vida:** Es el grado en que una persona evalúa su calidad de vida de forma global sin particularizar este análisis por áreas de su vida (salud, estudios, familia, etc.) ni por etapas o momentos específicos.

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis general

H₁: Existe una relación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en los y las adolescentes de una institución educativa nacional del distrito del Callao.

2.4.2 Hipótesis específicas

H_{1.1}: Existe una relación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en las adolescentes de una institución educativa nacional del distrito del Callao.

H_{1.2}: Existe una relación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en los adolescentes de una institución educativa nacional del distrito del Callao.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo y nivel de investigación

El estudio que se presenta es una investigación de tipo sustantivo descriptivo. Es de tipo sustantiva ya que trata de responder a un problema teórico o formal, en búsqueda de aportar principios generales que permitan organizar el conocimiento teórico científico; al ser descriptivo está orientado a describir la relación entre las variables estudiadas, en este caso la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en los adolescentes de una institución educativa nacional del distrito del Callao. Sánchez y Reyes (2015) señalan también que, al enriquecer el conocimiento teórico sobre un fenómeno en particular, este tipo de investigación se orienta hacia la investigación básica o pura, ya que se esfuerza por entender y conocer mejor el asunto estudiado.

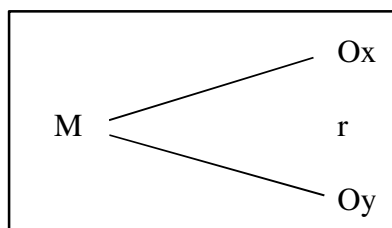
En cuanto al nivel de investigación, este trabajo es de nivel descriptivo, ya que tiene como objetivo la descripción de la sintomatología depresiva y de la satisfacción con la vida en los adolescentes de la muestra seleccionada, tal

como es y cómo se manifiesta en el momento de realizarse el estudio y utiliza la observación como método descriptivo. Este nivel de investigación puede ofrecer la posibilidad de predicciones, aunque rudimentarias, situándose en el primer nivel de conocimiento científico (Sánchez y Reyes, 2015).

3.2 Diseño de investigación

El diseño de investigación seleccionado para el estudio es el descriptivo correlacional ya que se orienta a la determinación del grado de relación existente entre las variables (Sánchez y Reyes, 2015); en este caso, sintomatología depresiva y satisfacción con la vida en adolescentes de una institución educativa nacional del Callao.

El diagrama o esquema de investigación es el siguiente:



M: Estudiantes de una institución educativa nacional del Callao.

Ox: Sintomatología depresiva

Oy: Satisfacción con la vida

r: Posible relación entre las variables.

3.3 Variables de estudio

Las variables del presente estudio son las siguientes:

3.3.1 Variables correlacionadas

- Sintomatología depresiva: Evaluada a través de la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK) de Stan Kutcher.
- Satisfacción con la vida: Evaluada a través de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener, Emmons, Larsen & Griffin.

3.3.2 Variables de control

- Nivel de estudios: De primero a quinto grado de secundaria.
- Edad: De 12 a 18 años de edad.
- Gestión: Estatal.

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población

El universo de estudio estuvo definido por la población escolar de primero a quinto año de educación secundaria de una institución educativa nacional del Callao, conformada por 1203 estudiantes.

3.4.2 Muestra

La muestra de la investigación se seleccionó a través del muestreo no probabilístico intencional (Sánchez y Reyes, 2015); ello debido a que se seleccionó a los estudiantes que poseían la variable sintomatología depresiva para correlacionarla con la variable satisfacción con la vida.

La muestra estuvo constituida por 337 casos (28.4% de la población). En la tabla 1 se presenta la distribución de la muestra en función de la variable sexo.

Tabla 1. *Distribución de la muestra según sexo*

Sexo	F	%
Mujeres	219	65%
Hombres	118	35%
Total	337	100%

3.5 Instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK)

a. Ficha técnica

Nombre original: 6-Item Kutcher Adolescent Depression Scale (KAD-6).

Nombre traducido: Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK).

Autor: Dr. Stan Kutcher.

Año: 2006.

Traducción: Iliana García-Ortega.

Año: 2009.

Forma de aplicación: Individual o colectiva.

Tiempo de aplicación: Variable de 5 a 10 minutos.

Edad de aplicación: De 12-22 años aproximadamente.

Objetivo de la prueba: Diagnosticar y evaluar la severidad de la depresión en adolescentes.

Total de ítems: 6 ítems.

Escalas: Escala única de depresión.

b. Descripción del instrumento

La 6-Ítem Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK) es una escala de auto-informe específicamente diseñada para diagnosticar y evaluar la severidad de la depresión en adolescentes.

Esta escala es la más breve de las EDAK, ya que también existen otras dos versiones: De 16 ítems y de 11 ítems. La versión corta de las EDAK podría ser efectiva para descartar la depresión en muestras comunitarias (LeBlanc et al., 2002) (anexo 1).

c. Validez y confiabilidad

LeBlanc et al. (2002) realizaron un estudio con 1712 estudiantes de séptimo a doceavo grado en dos fases; en la primera fase aplicaron a los adolescentes el Inventario de Depresión de Beck (IDB) encontrando que 309 adolescentes puntuaron por encima de 15 en este instrumento. En la segunda fase, 161 de los 309 estudiantes anteriores participaron en la autoaplicación de la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (EDAK), tanto en la versión de 16 ítems como la de 6 ítems, además de la aplicación del IDB y de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor MINI (MDE). Resultado del estudio se encontró que la capacidad diagnóstica de la sub escala de seis ítems del EDAK fue igual de buena que la del IDB y mejor que la versión de 16 ítems de la EDAK. Al ser utilizada con un punto de corte de 6, la EDAK de 6 ítems alcanzó una sensibilidad y especificidad de 92% y 71% respectivamente.

d. Normas de aplicación

La escala puede ser aplicada de forma individual o grupal. Se solicita al evaluado leer detenidamente cada afirmación para

determinar cómo se ha sentido con relación a los ítems propuestos en función al lapso de la última semana. Para ello, se hace uso de las alternativas de respuesta: Casi nunca, a veces, casi todo el tiempo y todo el tiempo (Kutcher et al., s/f).

e. Normas de corrección y calificación

Las respuestas van puntuadas de 0 a 3, de acuerdo a la intensidad del síntoma presentado: Casi nunca 0 puntos, a veces 1 punto, casi todo el tiempo 2 puntos y todo el tiempo 3 puntos. Se suma la calificación obtenida en cada ítem para obtener una calificación total; si la calificación total es igual o mayor a 6 debe sospecharse que el evaluado presente depresión y requiera una evaluación clínica más profunda. Si la calificación total es menor a 6 significaría que probablemente el evaluado no presenta depresión (Kutcher, Chehil y García-Ortega, s/f).

3.5.2 Escala de Satisfacción con la Vida

a. Ficha técnica

Nombre original: Satisfaction With Life Scale (SWLS).

Nombre traducido: Escala de Satisfacción con la Vida.

Autores: Diener, Emmons, Larsen & Griffin.

Año: 1985

Adaptación: Francisco Luis Atienza, Diana Pons, Isabel Balaguer y Marisa García-Merita.

Año: 2000.

Forma de aplicación: Individual o colectiva.

Tiempo de aplicación: En promedio 5 minutos.

Edad de aplicación: De 11 años en adelante.

Objetivo de la prueba: Medir el juicio global de la satisfacción con la vida.

Total de ítems: 05.

Escalas: Satisfacción con la vida.

b. Descripción del instrumento

La Escala de Satisfacción con la Vida es un instrumento de cinco reactivos que valora el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su vida. En la versión en castellano las respuestas se han reducido de 7 a 5, oscilando entre 1= “totalmente en desacuerdo” y 5= “totalmente de acuerdo” (Atienza et al., 2000) (anexo 2).

c. Validez y confiabilidad

En cuanto a la validez de constructo, Atienza et al. (2000) escogieron tres variables que teóricamente debían correlacionar con la satisfacción con la vida: Dos dimensiones afectivas, sentimientos de felicidad y sentimientos de soledad, ambos extraídos del instrumento “The Health Behavior for Schoolchildren”; y una dimensión cognitiva, la satisfacción en el ámbito escolar, tomada de la versión en castellano del “Classroom Satisfaction Index”, por considerar que éste es uno de los ámbitos más relevantes en las edades consideradas. La Escala de Satisfacción con la Vida mostró correlación moderada pero significativa y en el sentido previsto con las otras dos medidas de bienestar, hallándose correlaciones de .46 y .32 con sentimientos de felicidad y satisfacción con la escuela, respectivamente; y -.31 con sentimientos de soledad.

Con relación a la confiabilidad, el alpha de Cronbach fue de .84 lo cual señaló buena consistencia interna. En cuanto a los ítems de la

escala, no hubo ítem cuya eliminación aumentase la consistencia interna del instrumento (Atienza et al., 2000).

d. Normas de aplicación

La escala puede ser aplicada de forma individual o grupal. Se solicita al evaluado leer detenidamente cada aseveración para determinar su acuerdo o no con las afirmaciones presentadas. Para ello se hace uso de las alternativas de respuesta: Totalmente en desacuerdo, ligeramente en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, ligeramente en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, con puntuaciones 1, 2, 3, 4 y 5, respectivamente (Atienza et al., 2000).

e. Normas de corrección y calificación

Se realiza la adición de la puntuación de cada ítem para lograr un puntaje total; si la persona respondió “totalmente de acuerdo” en cada pregunta su puntaje será de 25 y si respondió todos los ítems con “totalmente en desacuerdo” su puntuación será de 5.

Resultado del puntaje total se obtienen los niveles de satisfacción con la vida: El puntaje neutral en la escala se ha considerado 15, por lo tanto, un puntaje de 16 a 20 se considera como satisfecho, de 21 a 25 muy satisfecho, de 10 a 14 insatisfecho y de 5 a 9 muy insatisfecho (INSM HD-HN, 2013b).

3.6 Procedimiento de recolección de datos

En un primer momento se estableció contacto con el personal responsable de los programas de bienestar para el alumnado, quien mostró disposición para la realización de la investigación e informó de la existencia de casos relacionados a posibles depresiones, así como de los casos de intento de suicidio en el transcurso del año.

Se formalizó y solicitó el permiso respectivo para llevar a cabo la investigación en la institución educativa a través de la entrega del proyecto de investigación a la Dirección del centro de estudios, con copia al personal responsable de los programas de bienestar para el alumnado.

Una vez que se contó con la aprobación formal de la institución educativa para realizar el proceso de aplicación de pruebas se coordinó las fechas, el lugar, el horario y número de alumnos por día que se evaluaría.

La aplicación de los instrumentos se realizó de forma colectiva, en algunos casos se realizó sección por sección, y en otros casos en grupos de 3 ó 4 secciones en el auditorio del centro de estudios. Durante las aplicaciones, primero se dio una breve explicación del objetivo de estudio y se solicitó el consentimiento informado de los estudiantes, enfatizando en la confidencialidad de la información que brindarían.

3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se realizaron los siguientes análisis estadísticos: Análisis psicométrico, análisis descriptivo y análisis inferencial. Para el análisis de datos se hizo uso del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24.

3.7.1 Análisis psicométrico

Con la finalidad de establecer la idoneidad de los instrumentos de evaluación de la investigación se determinó la confiabilidad de los ítems de cada uno de los instrumentos a través del coeficiente alfa de Cronbach y la validez de contenido para cada uno de ellos mediante el coeficiente de validez V de Aiken.

3.7.1.1 Coeficiente de validez V de Aiken

Es el resultado que se obtiene de dividir la sumatoria de los valores asignados por los jueces entre el producto del número de jueces y el número de valores de la escala menos uno. Este coeficiente puede lograrse a partir del cálculo sobre las valoraciones de un conjunto de jueces con relación a un reactivo o como las valoraciones de un juez respecto a un grupo de reactivos. Los valores asignados pueden ser dicotómicos (recibir valores 0 o 1) o politómicos (recibir valores de 0 a 5) (Merino y Livia, 2009).

Se realizó el análisis de validez de contenido de la Escala 6-Ítem Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher

(KADS-6) y de la Escala de Satisfacción con la Vida, mediante el criterio de jueces, utilizando la siguiente fórmula:

$$V = \frac{S}{N(C-1)}$$

Siendo:

S: Sumatoria de S_i

S_i : Valor asignado por el juez i

N: Número de jueces

C: Número de valores de la escala de valoración.

Los valores del coeficiente V de Aiken pueden oscilar entre 0 y 1, mientras sea más grande el valor se tendrá mayor validez de contenido.

3.7.1.2 Coeficiente alfa de Cronbach

El método de consistencia interna basado en el coeficiente alfa de Cronbach permite valorar la fiabilidad de un instrumento de medida en escala tipo Likert mediante un conjunto de ítems que se espera midan el mismo constructo y estén altamente correlacionados (Welch y Comer, 1988, citados por Universidad de Valencia, s/f).

El coeficiente alfa de Cronbach requiere una sola aplicación de la escala de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, citados por Bojórquez, López, Hernández y Jimenez, 2013).

Sobre valores mínimos aceptables de coeficiente de fiabilidad Murphy y Davidhofer afirman que en cualquier contexto de evaluación una fiabilidad por debajo de .6 se consideraría baja e inaceptable, por su parte Kaplan y Saccuzo sugieren que coeficientes de confiabilidad que oscilan entre .7 y .8 son suficientemente buenos para fines de investigación (Meneses et al., 2013).

En vista de que los dos instrumentos empleados en esta investigación, Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK) y la Escala de Satisfacción con la Vida, son escalas tipo Likert se aplicó el estadístico coeficiente alfa de Cronbach a los ítems de cada uno de ellos.

3.7. 2 Análisis descriptivo

Con la finalidad de identificar la sintomatología depresiva y satisfacción con la vida en las adolescentes y en los adolescentes evaluados se analizaron las frecuencias y porcentajes de estas variables con ayuda del SPSS versión 24.

Posteriormente se evaluó la normalidad en las distribuciones de los puntajes obtenidos para cada uno de los instrumentos usando la prueba de Kolmogorov – Smirnov.

3.7.2.3 Prueba de Kolmogorov – Smirnov

Es una prueba de la bondad de ajuste, es decir, está interesada en el grado de acuerdo entre la distribución de un conjunto de valores muestreados y alguna distribución teórica específica. Esta prueba establece si los valores en una muestra pueden proceder de una población que tiene una distribución teórica (Siegel y Castellan, 2003).

Hipótesis a contrastar:

H0: Los datos analizados siguen una distribución normal.

H1: Los datos analizados no siguen una distribución normal.

Para proceder al contraste de las hipótesis para los datos de cada uno de los instrumentos, se hizo uso del SPSS 24 considerando el nivel de significancia del 5%. En ese sentido, valores resultantes mayores a 0.05 señalan que los datos analizados siguen o provienen de una distribución normal; en caso contrario, valores resultantes menores a 0.05 indican que

los datos analizados no siguen o no proceden de una distribución normal.

La prueba de bondad de ajuste se aplicó a los datos obtenidos por cada instrumento por separado, en un primer momento se tomaron los valores de la variable sintomatología depresiva y en un segundo momento se tomaron los valores de la variable satisfacción con la vida.

3.7.3 Análisis inferencial

En vista que las puntuaciones de ambos instrumentos no correspondían a la de una distribución normal se seleccionó un instrumento de medida no paramétrico, el coeficiente de correlación rho de Spearman.

3.7.3.1 Coeficiente de correlación rho de Spearman

Es una medida de asociación entre dos variables que requiere que ambas estén medidas en al menos una escala ordinal, de manera tal que los individuos en estudio puedan ser colocados en rangos en dos series ordenadas (Siegel y Castellan, 2003).

El estadístico (rho) viene dado por la expresión:

$$(\text{rho}) = 1 - \frac{6 \sum D^2}{N(N^2 - 1)}$$

Donde:

D = Diferencia de los rangos de orden de $x - y$

N = Número de casos.

El coeficiente rho oscila entre -1 y +1, indicando asociaciones negativas/inversas o positivas/directas, respectivamente; el 0 significa no correlación, pero no independencia.

En la presentación de la correlación el valor de rho se debe mostrar con dos decimales junto con el valor de la (Martínez, Tuya, Martínez, Pérez y Cánovas, 2009).

3.7.3.2 Tamaño del efecto

Es la medida estadística que valora la dimensión de un fenómeno (Kelley y Preacher, 2012, citados por Castillo, 2014) y por tanto su relevancia en la práctica (Ellis, 2010, citados por Castillo, 2014); por tal motivo es exigido por las normas del Manual de Publicaciones de la American Psychological Association en su sexta edición.

La medida del tamaño del efecto para la correlación de variables vendría dada por el coeficiente de determinación que es igual al cuadrado del coeficiente de correlación, r^2 , este

valor explicaría el porcentaje de variabilidad con que una variable explica a la otra (Castillo, 2014).

En vista que los valores de r^2 obtenidos en investigaciones de ciencias del comportamiento son bajos, Cohen propuso que $r^2 = .01$ correspondería a un tamaño del efecto “pequeño”, $r^2 = .09$ a un tamaño del efecto “mediano” y $r^2 = .25$ a un tamaño del efecto “grande” (1998, citado por Castillo, 2014).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados

A continuación, se presentan los resultados del estudio de acuerdo a los objetivos planteados.

4.1.1 Análisis psicométrico de la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK)

4.1.1.1 Validez de contenido

Se realizó la validez de contenido por medio del método de criterio de jueces, aplicando el análisis estadístico del coeficiente V de Aiken.

Los ítems de la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK) se pusieron a consideración de cinco docentes universitarios especialistas en la evaluación clínica;

producto de sus apreciaciones se encontró que el coeficiente V de Aiken resultó 1 para todos y cada uno de los ítems confirmando la validez de contenido del instrumento, por lo cual todos los ítems permanecieron en la escala (anexo 3).

4.1.1.2 Análisis de la confiabilidad de ítems

Se determinó la confiabilidad de las puntuaciones de los ítems obtenidos a través de la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK) mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, encontrando una fiabilidad total de .73 para los 6 ítems, lo cual según Kaplan y Saccuzo indica un coeficiente de confiabilidad suficientemente bueno para fines de investigación (Meneses et al., 2013) (anexo 3).

4.1.2 Análisis psicométrico de la Escala de Satisfacción con la Vida

4.1.2.1 Validez de contenido

La validez de contenido se realizó por medio del método de criterio de jueces, aplicando el análisis estadístico del coeficiente V de Aiken.

Se puso a consideración de cinco docentes universitarios, especialistas en la evaluación clínica, los ítems de la Escala de Satisfacción con la Vida encontrándose que los cinco ítems que conforman la prueba permanecerían en la escala debido a que sus coeficientes resultaron con valor de 1, señalando ello la validez de contenido de la escala (anexo 4).

4.1.2.2 Análisis de la confiabilidad de ítems

Se determinó la confiabilidad de las puntuaciones de los ítems obtenidos a través de la Escala de Satisfacción con la Vida mediante el coeficiente alfa de Cronbach, encontrando una fiabilidad total de .69 para los 5 ítems. Según Murphy y Davidhofer el coeficiente de fiabilidad obtenido se considera aceptable en contextos de evaluación (Meneses et al., 2013) (anexo 4).

4.1.3 Resultados descriptivos

Previo al análisis de frecuencias y porcentajes se realizó el tratamiento de datos, a partir de lo cual se eliminó 30 casos por no haber completado uno o más de los ítems de uno o de los dos instrumentos de evaluación o por no haber reportado el sexo, quedando finalmente la población constituida por 1173 casos.

4.1.3.1 Análisis de frecuencias y porcentajes

Del total de la población luego del tratamiento de los datos, 337 estudiantes presentaron sintomatología depresiva, constituyendo el 28.4% de la población, y 836 estudiantes no presentaron sintomatología depresiva, representando el 71.6%, como se puede observar en la tabla 2 y el gráfico 1.

Tabla 2. *Distribución de la población según la variable sintomatología depresiva*

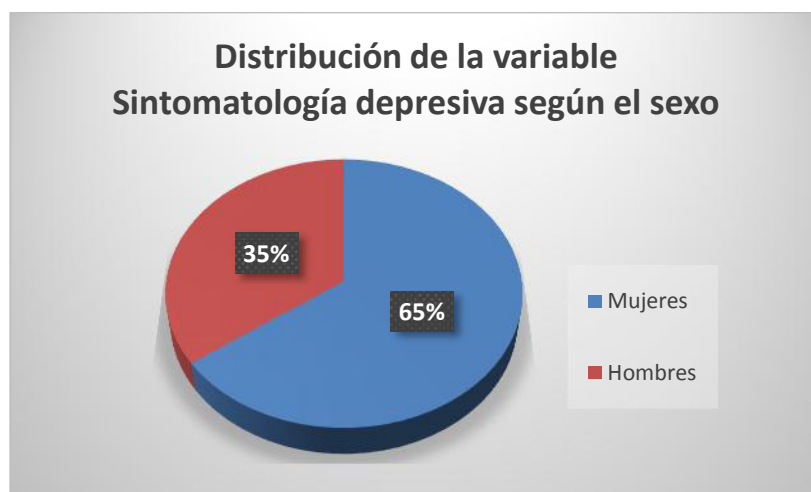
Variable	f	%
Con sintomatología depresiva	337	28.4%
Sin sintomatología depresiva	836	71.6%
Total	1173	100%

Gráfico 1. *Presencia de Sintomatología Depresiva*



Una vez que la muestra quedó determinada por los 337 casos que poseían sintomatología depresiva, se estableció que 219 eran mujeres (65%) y 118 eran hombres (35%) (ver tabla 1 y gráfico 2).

Gráfico 2. *Distribución de la variable Sintomatología depresiva según el sexo*



En la tabla 3 se muestran los porcentajes de las distribuciones de las respuestas a la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK) según el sexo. Los adolescentes con sintomatología depresiva manifestaron que durante la última semana “Casi todo el tiempo” se han sentido cansados, fatigados, con poca energía, sin motivación, les costó trabajo hacer las cosas, quisieron descansar o echarse más de lo habitual (ítem 3), 39.4% las mujeres y 46.6% los hombres. Por otro lado manifestaron que durante la última semana “A veces” han tenido el ánimo bajo, se han sentido tristes, deprimidos o irritables (ítem 1) 52.8% las mujeres y 66.1% los hombres; han sentido que valen poco, sin esperanza, que desilusionan a las personas o que no son buenas personas (ítem 2) 47.7% las mujeres y 56.8% los hombres; han pensado que la vida no es muy divertida, no se han sentido bien cuando normalmente debían sentirse bien, no han disfrutado de las

cosas como lo hacían antes (ítem 4) 56.4% las mujeres y 51.7% los hombres; se han sentido preocupados, nerviosos, inquietos, tensos, ansiosos o han entrado en pánico (ítem 5) 49.1% la mujeres y 50.8% los hombres. Así mismo, con relación a la pregunta 6 ¿Has pensado o planeado suicidarte o dañarte a ti mismo?, el mayor porcentaje de respuestas fue en la categoría “Casi nunca” con 54.2% en los hombres y en la categoría “A veces” 48.2% en las mujeres.

Tabla 3. *Distribución de respuestas a la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher según sexo*

Ítems de la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK)	Opciones de respuesta a los ítems							
	Casi nunca		A veces		Casi todo el tiempo		Todo el tiempo	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
1. ¿Has tenido el ánimo bajo, te has sentido triste, bajoneado, deprimido o irritable?	0.9%	7.6%	52.8%	66.1%	35.3%	22.9%	11.0%	3.4%
2. ¿Has sentido que vales poco, sin esperanza, que desilusionas a las personas o que no eres una buena persona?	9.6%	12.7%	47.7%	56.8%	32.6%	24.6%	10.1%	5.9%
3. ¿Te sientes cansado, fatigado, con poca energía, sin motivación, te cuesta trabajo hacer las cosas, quisieras descansar o echarte más de lo habitual?	6.4%	2.5%	35.8%	35.6%	39.4%	46.6%	18.3%	15.3%
4. ¿Piensas que la vida no es muy divertida, no te sientes bien cuando normalmente debías sentirte bien, no	7.3%	10.2%	56.4%	51.7%	29.4%	28.8%	6.9%	9.3%

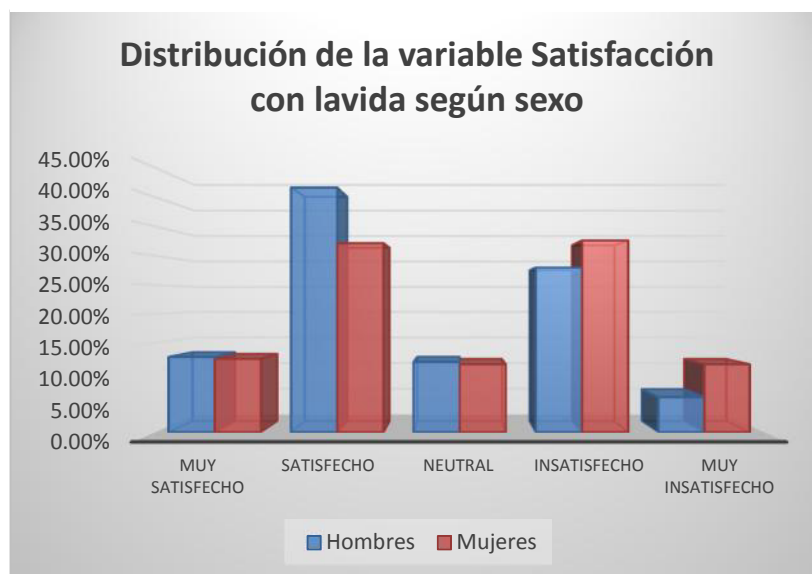
	disfrutas de las cosas como lo hacías antes?								
5.	¿Te sientes preocupado, nervioso, inquieto, tenso, ansioso o entras en pánico?	11.5%	18.6%	49.1%	50.8%	26.1%	22.9%	13.3%	7.6%
6.	¿Has pensado o planeado suicidarte o dañarte a ti mismo?	30.7%	54.2%	48.2%	34.7%	11.9%	7.6%	9.2%	3.4%

En la tabla 4 y gráfico 3 se presentan los porcentajes de satisfacción con la vida de los adolescentes con sintomatología depresiva según el sexo. El 32.57% de las mujeres señaló estar “insatisfecha” con su vida, 32.11% estar “satisfecha” con su vida, 12.39% “muy satisfecha” con su vida, 11.47% “muy insatisfecha” con su vida y 11.47% respondió de forma “neutral”. Los adolescentes hombres manifestaron 41.53% estar “satisfechos” con su vida, 27.97% “insatisfechos” con su vida, 12.71% “muy satisfechos” con su vida, 11.86% respondieron de forma “neutral” y 5.93% respondieron estar “muy satisfechos” con su vida.

Tabla 4. *Distribución de Satisfacción con la Vida según sexo*

Niveles de satisfacción con la vida	Mujeres (%)	Hombres (%)
Muy satisfecho	12,39%	12,71%
Satisfecho	32,11%	41,53%
Neutral	11,47%	11,86%
Insatisfecho	32,57%	27,97%
Muy insatisfecho	11,47%	5,93%

Gráfico 3. *Distribución de la variable Satisfacción con la vida según el sexo*



Resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov se encontró que los niveles de significancia de ambos instrumentos eran menores que .05 (nivel de significación elegido) lo cual indicó que las puntuaciones de ambos instrumentos no se distribuían normalmente como se observa en la tabla 5.

Tabla 5. *Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la Sintomatología depresiva y la Satisfacción con la Vida*

		Sintomatología depresiva	Satisfacción con la vida
N		337	337
Parámetros normales ^{ab}	Media	8.08	15.33
	Desviación estándar	2.56	4.08
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.22	.07
	Positivo	.22	.06
	Negativo	-.21	-.07
Estadístico de prueba		.21	.07
Sig. asintótica (bilateral)		.000 ^c	.001 ^c

a. La distribución de prueba es normal

b. Se calcula a partir de datos

c. Corrección de significación de Lilliefors

4.1.3 Contrastación de hipótesis

En vista que los puntajes de ambos instrumentos no se distribuían acorde a la curva normal se hizo uso del coeficiente de correlación rho de Spearman con las variables sintomatología depresiva y satisfacción con la vida, primero con la muestra total y luego tomando en cuenta el sexo.

El coeficiente de correlación rho de Spearman para el total de la muestra fue de $-.33$ ($p < .001$) lo cual confirma la hipótesis general que señala que existe relación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en los y las adolescentes de una institución educativa nacional del distrito del Callao, siendo esta relación negativa o inversa; es decir, a mayor sintomatología depresiva menor satisfacción con la vida y viceversa. Con relación a la significancia estadística de la correlación, el tamaño del efecto obtenido es de $.11$, el cual según los criterios de Cohen, indica que la correlación entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en los participantes de la investigación es “mediana”, siendo que el 11% de la varianza de una de las variables -sintomatología depresiva o satisfacción con la vida- sería explicada por la otra variable (tabla 6).

En el caso de la hipótesis específica $H_{1.1}$ que señala que existe relación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en las adolescentes de una institución educativa

nacional del distrito del Callao, se confirma la hipótesis ya que el coeficiente de correlación de rho de Spearman fue de $-.35$ ($p < .001$), siendo esta correlación inversa. El tamaño del efecto para esta correlación es de $.12$, considerándose una correlación “mediana”.

Sobre la hipótesis específica $H_{1.2}$ que plantea la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en los adolescentes de una institución educativa nacional del distrito del Callao, se confirma la hipótesis ya que el coeficiente de correlación de rho de Spearman fue de $-.34$ ($p < .001$), siendo esta una relación negativa. En base al tamaño del efecto obtenido para esta correlación, la misma se categoriza como “mediana”, siendo el coeficiente de determinación $.12$.

Tabla 6. *Correlación rho de Spearman y tamaño del efecto de la Sintomatología Depresiva y la Satisfacción con la Vida según sexo y total*

	Rho	r^2
Mujer	$-.35^{***}$	$.12$
Hombre	$-.34^{***}$	$.12$
Total	$-.33^{***}$	$.11$

*** $p < .001$

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Análisis y discusión de los resultados

La investigación identificó que el 28.4% de la población evaluada presentó sintomatología depresiva al obtener una puntuación igual o mayor al corte de 6 en la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK), porcentaje similar al identificado por Ramírez en Lima el año 2010 (29.5%), a través de la aplicación de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR), y por debajo del 35% encontrado por Peterson, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey & Grant (1993) en catorce estudios que evaluaron sintomatología depresiva en adolescentes a través de autoreportes con puntos de corte predictores de depresión clínica. Sin embargo, la sintomatología depresiva identificada en este estudio está por encima del 18% de depresión subumbral encontrado en la India, del 7,3% de depresión subclínica hallada en Nueva Zelanda (Quintero, 2017), del 9.4% de sintomatología depresiva de los

adolescentes portugueses evaluados entre el 2010 y 2011 por Resende y Ferrao (2013) y de los porcentajes de sintomatología depresiva categorizada como grave (de 1,8% a 3,8%) y moderada (de 5,9% a 6,9%) identificadas en España (Álvarez, Álvarez, Atienza, Basanta, Goicochea, González, ...Varela, 2018); en todos los casos, con evaluaciones a través de escalas o cuestionarios autoaplicados.

Los resultados obtenidos en la investigación señalaron que del total de estudiantes evaluados (de 12 a 18 años de edad) y que presentaron sintomatología depresiva, el 65% fueron mujeres, resultados que reafirmarían lo encontrado en diferentes periodos por Resende y Ferrao en estudiantes del décimo segundo año de escolaridad de Viseu, con una edad promedio de 16.9 años el 2013; Gómez-Maquet en adolescentes de 12 a 16 años de instituciones públicas y privadas de Medellín el 2007, así como Ugarriza y Ecurra en la población escolar de secundaria de 12 a 18 años de edad en Lima Metropolitana el año 2002 indicando mayor presencia de sintomatología depresiva en las adolescentes.

En cuanto a los síntomas de depresión recogidos por la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK), el ánimo bajo, sentimiento de tristeza o irritabilidad (ítem 1) fue reportado por el 66.1% de los adolescentes y 52.8% de las adolescentes como un síntoma que se presentó “A veces” y “Casi todo el tiempo” por 35.3% de mujeres y 22.9% hombres; la tristeza vital y profunda, expresiones del humor, reflejaría el síntoma clave de la depresión según Chinchilla (2008) y tanto para Jara (2004) como para Álvarez, Álvarez,

Atienza, Basanta, Goicochea, González,...Varela (2018) la tristeza e irritabilidad serían manifestaciones afectivas de la sintomatología depresiva. Por su parte, el sentimiento de poca valía, sin esperanza, que desilusiona a las personas o que no es buena persona (ítem 2) percibido por los adolescentes correspondería a la esfera del pensamiento (Chinchilla, 2008), del pensamiento – cognición (Jara, 2004) o de la esfera cognitiva (Álvarez, Álvarez, Atienza, Basanta, Goicochea, González,...Varela, 2018) de la sintomatología depresiva, siendo referido como síntoma presente “A veces” por 47.7% de las adolescentes y 56.8% de los hombres y “Casi todo el tiempo” por 32.6% de las mujeres y 24.6% por los hombres. Las y los adolescentes del estudio manifestaron sentir cansancio, fatiga, poca energía, no tener motivación, les cuesta trabajo hacer las cosas, quisieran descansar más de lo habitual (ítem 3) “Casi todo el tiempo” 39.4% las adolescentes y 46.6% los adolescentes, “A veces” 35.8% las mujeres y 35.6% los hombres y “Todo el tiempo” 18.3% las mujeres y 15.3% los hombres; estas características reflejarían el enlentecimiento psicomotor señalado por Chinchilla (2008) como característico de la sintomatología depresiva. El 56.4% de las adolescentes y el 51.7% de los adolescentes señalaron que piensan “A veces” que la vida no es muy divertida, no sentirse bien cuando normalmente debería sentirse bien y que no disfrutaban de las cosas como lo hacían antes (ítem N°4 de la 6-EDAK), estos mismos pensamientos son percibidos “Casi todo el tiempo” por 29.4% de las adolescentes y 28.8% de los adolescentes; ello reflejaría la anhedonia expresada por Chinchilla (2008), la cual según Jara (2004) y Álvarez, Álvarez, Atienza, Basanta, Goicochea, González,...Varela (2018) serían expresiones de la esfera afectiva de la sintomatología depresiva. Chinchilla (2008) señala que

la ansiedad suele acompañar la sintomatología depresiva y Jara (2004) afirma que la ansiedad es una manifestación afectiva de la sintomatología depresiva; los adolescentes manifestaron sentirse preocupados, nerviosos, ansiosos o entrar en pánico “A veces” el 49.1% de las mujeres y el 50.8% de los hombres y “Casi todo el tiempo” 26.1% de las mujeres y 22.9% de los hombres. Por último, con relación a la pregunta donde se interroga a los estudiantes si han pensado o planeado suicidarse o dañarse a sí mismos, el 54.2% de los adolescentes hombres afirmó que “Casi nunca” pensaba en ello y el 48.2% de las adolescentes lo pensó “A veces”; este síntoma de pensamiento o ideación suicida se reflejaría en la dimensión de pensamiento o pensamiento – cognición de la sintomatología depresiva para Chinchilla (2008) y Jara (2004) respectivamente.

Con respecto a la variable satisfacción con la vida, los resultados de la investigación muestran que 54.24% de los adolescentes hombres con sintomatología depresiva se perciben “satisfechos” (41.53%) y “muy satisfechos” (12.71%) con su vida; por su parte 44.5% de las adolescentes refieren sentirse “satisfechas” (32.11%) y “muy satisfechas” (12.39%) con sus vidas. Así mismo, el 33.9% de los adolescentes refirió sentirse “insatisfecho” (27.97%) y “muy insatisfecho” (5.93%) con su vida; el 44.04% de las adolescentes manifestó sentirse “insatisfechas” (32.57%) y “muy insatisfechas” (11.47%) con su vida. Estos resultados evidencian que los adolescentes percibirían su vida con mayor satisfacción y menor insatisfacción que las adolescentes, quienes se perciben menos satisfechas y más insatisfechas con su vida.

Producto de los hallazgos de la investigación se valida la hipótesis general que afirma existe relación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida, relación que es inversa, es decir a mayor sintomatología depresiva menor satisfacción con la vida y viceversa. Como se señaló en el marco teórico, no se han encontrado investigaciones previas donde se hallan correlacionado estas variables de estudio en adolescentes ni en otras poblaciones; sin embargo, Cuadra-Peralta et al. (2012) en su investigación sobre el efecto de un programa de psicología positiva en la sintomatología depresiva y la satisfacción vital en adultos mayores encontraron una variación estadísticamente significativa en el grupo que recibió el programa de psicología positiva expresada en la disminución de la sintomatología depresiva y el incremento de la satisfacción con la vida, mostrando una relación inversa entre ambas variables, confirmando indirectamente el hallazgo de esta investigación.

De igual forma se validan las hipótesis específicas que indican que existe relación estadísticamente significativa entre sintomatología depresiva y satisfacción con la vida en los adolescentes y las adolescentes.

Realizando el análisis de la significancia estadística de las correlaciones halladas por el estudio, a partir de los tamaños del efecto para la muestra total y por sexo, se considera que dichas correlaciones ($r^2 = .11$ y $.12$, respectivamente) son “medianas” en función de su comparación con resultados

de tamaños del efecto en otras investigaciones en ciencias del comportamiento, como lo señala Cohen (1998, citado por Castillo, 2014).

Con relación al análisis de significancia práctica, se responde a los tres interrogantes que propone Kirk (2001, citado por Castillo, 2004) que deberían analizarse en toda investigación: 1. ¿El efecto es real o debería atribuirse a la casualidad? Las correlaciones entre las variables sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida halladas, tanto en el total de la muestra como por sexo, son estadísticamente significativas, son reales y no responden a la casualidad. 2. Si el efecto es real, ¿qué tan grande es? Los tamaños del efecto de las correlaciones entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en los adolescentes del estudio, tanto en la muestra total como por sexo, son categorizadas como “medianos” en lo que respecta a investigaciones en ciencias del comportamiento. 3. ¿Es el efecto lo suficientemente grande como para considerarse importante o útil? En función de la magnitud de la relación existente entre la evaluación global que hace el adolescente sobre su calidad de vida y la expresión de su bienestar de salud mental, específicamente la sintomatología depresiva, podría considerarse la satisfacción con la vida como indicador medianamente útil de salud mental positiva en lo relacionado a la presencia o no de sintomatología depresiva en los y las adolescentes.

Responder si los tamaños del efecto encontrados en las correlaciones de la investigación pueden valorarse como útiles o importantes para cuestiones prácticas, habiéndose hallado correlaciones “medianas” entre las variables estudiadas motiva a posteriormente indagar sobre la relación entre

sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida por áreas específicas (familia, salud, relaciones sociales, etc.) en los adolescentes, ya que como señala Veenhoven (1994) las valoraciones de la satisfacción vital, como un todo o por áreas específicas, no tienen por qué coincidir en un mismo individuo.

5.2 Conclusiones

- Se identificó sintomatología depresiva dentro de los rangos encontrados en investigaciones precedentes.
- Se corroboró mayor incidencia de sintomatología depresiva en las adolescentes.
- Los resultados muestran que los adolescentes perciben su vida con mayor satisfacción que las adolescentes y que las adolescentes se perciben más insatisfechas con la vida que los hombres.
- Se encontró que existe relación estadísticamente significativa e inversa entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en los participantes de una Institución Educativa Nacional del distrito del Callao.
- Se halló que existe relación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en los adolescentes de una Institución Educativa Nacional del distrito del Callao.
- Se halló que existe relación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en las adolescentes de una Institución Educativa Nacional del distrito del Callao.
- Se encontraron tamaños del efecto categorizados como “medianos” para las correlaciones entre sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida en

los participantes de una Institución Educativa Nacional del distrito del Callao, tanto para la muestra total como por sexo.

5.3 Recomendaciones

- Con la finalidad de ampliar el conocimiento sobre si el componente cognitivo del bienestar subjetivo adolescente sería un indicador relevante de salud positiva en la población adolescente se sugiere realizar investigaciones que correlacionen la sintomatología depresiva y la satisfacción vital por áreas específicas: Familia, relaciones sociales, estudios, entre otras; ya que las valoraciones de la satisfacción vital como un todo o por áreas específicas no tienen por qué coincidir en un mismo individuo.
- Realizar investigaciones donde se correlacionen la sintomatología depresiva con el componente emocional del bienestar subjetivo: Afectos positivos y negativos en la población adolescente con la finalidad de evidenciar si el componente emocional del bienestar subjetivo sería un indicador importante en la salud positiva de esta población.
- Replicar en poblaciones preadolescentes esta investigación entre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida (global) así como investigaciones donde se correlacione la sintomatología depresiva con la satisfacción con la vida por áreas y con los afectos positivos y negativos.
- Hacer uso de metodología cualitativa que permita enriquecer el conocimiento sobre aquello que manifiestan los sujetos en cuanto indicadores de sintomatología depresiva y lo que es bajo su concepción la satisfacción con la vida, de tal forma que se descubra a partir de las particularidades posibles elementos en común.

- Aplicar la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK) como instrumento de cribado en las escuelas, debido a la brevedad de su aplicación y a la validez y confiabilidad del instrumento.

REFERENCIAS

- Adrián, J. y Rangel, E. (s/f). Aprendizaje y desarrollo de la personalidad (SAP001). Master Profesorado de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación Profesional y Enseñanza de Idiomas. Universitat Jaume I. Recuperado de: <https://www3.uji.es/~betoret/Instruccion/Aprendizaje%20y%20DPersonalidad/Curso%2012-13/Apuntes%20Tema%201%20La%20transicion%20adolescente%20y%20la%20educacion.pdf>
- Álvarez, M., Álvarez, C., Atienza, G., Basanta, R., Goicochea, A., González, A., ... Varela, L. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Actualización*, [en línea]. Recuperado de: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf
- Álvarez, M., Atienza, G., Ávila, M., González, A., Guitián, D., De las Heras, E., ... Triñanes, Y. (2014). *Guía Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado06/evaluacion_cribado.html
- Alzuri-Falcato, M., Hernández-Muñoz, N. y Calzada-Urquiola, Y. (2017). Depresión en la Adolescencia: Consideraciones necesarias para su Diagnóstico y Tratamiento. *Revista Finlay [revista en internet]*, 7(3), 153-154. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n3/rf01307.pdf>
- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. España: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *DSM-V: Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=296>
- Bojórquez, J., López, L., Hernández, M. y Jiménez, E. (2013). *Utilización del Alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab*. 11th Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology Cancún: México. Recuperado de: <http://laccei.org/LACCEI2013-Cancun/RefereedPapers/RP065.pdf>
- Cabañero, M., Martínez, M., Cabrero, J., Orts, M., Ferrer, A. y Tosal B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455. Recuperado de: www.uniovi.es/reunido/index.php/PST/.../8085

- Castillo, R. (2014). *Reporte del tamaño del efecto en los artículos de tres revistas de psicología peruanas en los años 2008 al 2012*. Tesis para optar por el Título Profesional del Psicólogo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Chapi, J. (2013). *Principales modelos etiológicos de la depresión*. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/jorgelchm/articulo-chapi-modelos-depresin>
- Chavarría, M. y Barra, E. (2014). Satisfacción vital en adolescentes: Relación con la autoeficacia y el apoyo social percibido. *Terapia Psicológica*, 32(1), 41-46. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000100004
- Chico, E. y Ferrando, P. (2008). Variables cognitivas y afectivas como predictoras de satisfacción en la vida. *Psicothema*, 20(3), 408-412. Recuperado de: <file:///D:/SONY/DESCARGAS/8674-14377-1-PB.pdf>
- Chinchilla, A. (2008). *La Depresión y sus Máscaras. Aspectos terapéuticos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Cova, F., Rincón, P. y Melipillán, R. (2009). Reflexión, Rumiación Negativa y Desarrollo de Sintomatología Depresiva en Adolescentes de Sexo Femenino. *Terapia Psicológica*, 27(2), 155-160. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200001&script=sci_arttext&tlng=pt
- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XII(1), 83-96. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26400105>
- Cuadra-Peralta, A., Beloso-Vesio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P., y Peralta-Montecinos, J. (2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. *Psicología: Reflexão e crítica*, 25(4), 644-652. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18825219003>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3255>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffin, Sh. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. Recuperado de: <http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Understanding%20SWLS%20Scores.pdf>
- Diener, E. (1994). Assessing subjective-well be: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2), 103-157. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007%2F01207052>

- Estévez, E., Moreno, D., Murgui S. y Musitu G. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 119-128. Recuperado de: http://www.uv.es/lisis/estevez/E_A5.pdf
- Federación Mundial de la Salud Mental (2012). *Depresión: Una Crisis Global. Día Mundial de la Salud Mental 2012*, [en línea]. Recuperado de: <http://www.wfmh.org/2012DOCS/WMHDay%20Packet%20-%20%20Spanish%20Translation%202.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades*, [en línea]. Recuperado de: https://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf
- Gazitúa, R. (2007). *Manual de semiología*. Recuperado de: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/ManualSemiologia/PrincipalesSindromes.html>
- Gómez-Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 435-447. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342007000300001
- Guba, E. (1991). El Diálogo del Paradigma Alternativo. Instituto Pedagógico de Caracas. Doctorado en Arte y Cultura Latinoamericana y del Caribe. Seminario: Teoría del Conocimiento. Recuperado de: <https://investigacionubv.files.wordpress.com/2012/03/el-dic3a1logo-del-paradigma-alternativo.pdf>
- Headey, B., Veenhoven, R. & Wearing, A. (1990). Top-Down versus Bottom-Up Theories of Subjective Well-Being. En *Citation Classics from Social Indicators Research* (p.401). Springer: Michalos. Recuperado de: https://link.springer.com/chapter/10.1007/1-4020-3742-2_15
- Herranz, J. (2008). Psicopatología del comportamiento delictivo 2006/2007. *Conceptos básicos en psicopatología*. Recuperado de: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3683/2/Tema1.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. (2007). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. *Anales de Salud Mental*, XXIII(1 y 2). Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2006-ASM-EESM-CP/files/res/downloads/book.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. (2013a). *Situación de la Salud Mental en el Perú*, [en línea]. Recuperado de:

<http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/SSMP/2012-SSMP/index.html#/0>

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2013b). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. *Anales de Salud Mental*, XXIX(1). Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>

Jara, C. (2004). *La depresión según el tiempo de abstinencia alcohólica*. Tesis para optar por el Grado Académico de Magíster con mención en Psicología Clínica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Kessler, R., Avenevoli, S. & Merikangas, K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1002-1014. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11430842>

Korman, G., Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630257005>

Kutcher, S. y Chehil, S. (2009). *Identificación, diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adolescente (Trastorno Depresivo Mayor) Carpeta para prestadores de salud de primer contacto*. Recuperado de: http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/H_Recursos/h_6_Psicol_Clinica/h.6.1.Materiales_divulgacion/3.1.Tratam_depres_adolescente.pdf

Kutcher, S., Chehil, S. y García-Ortega, I. (s/f). *Identificación, diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adolescente (Trastorno Depresivo Mayor) Carpeta para prestadores de salud de primer contacto*. Recuperado de: http://teenmentalhealth.org/wp-content/uploads/2014/08/Identificaci%C3%83%C2%B3n_Diagn%C3%83%C2%B3stico_Y_Tratamiento_De_La_Depresi%C3%83%C2%B3n_En_El_Adolescente_low_res.pdf

Lang, M. y Tisher, M. (2014). *Cuestionario de Depresión para Niños. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.

LeBlanc, J., Almudevar, A., Brooks, S. & Kutcher, S. (2002). Screening for adolescent depression: Comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, XII(2), 113-126. Recuperado de: <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/104454602760219153>

López, S. & Snyder, C. (2009). *Oxford Handbook of Positive Psychology*. New York, Estados Unidos: Oxford University Press, Inc. Recuperado de: <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=R8kCoofE8VsC&oi=fnd&pg=PA187&dq=theories+satisfaction+with+life+diener&ots=2xtND2jhuj&sig>

=7b_MVzwJ-
uBVP_F4zXrHPiGBFMA#v=onpage&q=theories%20satisfaction%20with%
20life%20diener&f=false

Lozano, A. (2014). Teoría de Teorías sobre la Adolescencia. *Última Década*, (40), 11-36. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/195/19531682002.pdf>

Luna, F. (2012). *Bienestar subjetivo y satisfacción escolar en la adolescencia*. Tesis para optar por el Grado de Doctor. Universitat de Girona, Cataluña, España.

Martínez-Antón, M., Buelga, S. y Cava, M. (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. *Anuario de Psicología*, 38(2), 293-303. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/74205/94371>

Martínez, R., Tuya, L., Martínez, M., Pérez, A. y Cánovas, A. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000200017&lng=es&tlng=es.

Martínez, P. (2004). Perspectiva temporal futura y satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital. *Revista de Psicología de la PUCP*, XXII(2), 217-252. Recuperado de: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6858/6992>

Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L., Turbany, J. y Valero, S. (2013). *Psicometría*. Barcelona: Editorial UOC. Revisado en: <file:///D:/SONY/DESCARGAS/Psicometria-Menesesetal.-1raEd.pdf>

Merino, C., y Livia, J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice de validez de contenido: un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Psicothema*, 25(1), 169-171. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v25/v25_1/19-25_1.pdf

Mikkelsen, F. (2009). *Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes universitarios de Lima*. Tesis para optar por el Título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/416/MIKKELSEN_RAMELLA_FLOR_SATISFACCION_CON_LA_VIDA.pdf?sequence=1

MINSA. (2008). *Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica en Depresión*. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Revisado en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf

Moreno-Murcia, J. y Vera, J. (2017). Modelo causal de la satisfacción con la vida en adolescentes de educación física. *Revista de Psicodidáctica*, 16(2), 367-380. Recuperado de: <http://www.ehu.eus/ojs/index.php/psicodidactica/article/view/806>

- Morla, R., Saad, E. y Saad, J. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV(2), 149-166. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635203>
- Obando, R. (2011). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima*. Tesis para optar por el Título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1238>
- Oliva, A., Hernando, A., Pertegal, M., Parra, A., Antolín, L., Pascual, D., Reina, M., Estévez, R. y Ríos, M. (2011). *EL DESARROLLO POSITIVO ADOLESCENTE Y LOS ACTIVOS QUE LO PROMUEVEN. UN ESTUDIO EN CENTROS DOCENTES ANDALUCES*. Recuperado de: http://personal.us.es/oliva/DESARROLLO%20POSITIVO_2010_v6.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2019a). *Centro de prensa: Nota descriptiva Depresión, 4 de diciembre 2019*, [en línea]. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2019b). *Centro de prensa: Estado de la salud en el mundo: nuevo estudio sobre la carga mundial de morbilidad, 27 de octubre de 2008*, [en línea]. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2008/np11/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2019c). *Centro de prensa: Nota descriptiva Adolescentes: Riesgos para la salud y soluciones, 13 de diciembre de 2018*, [en línea]. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2019d). *Constitución*, [en línea]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>
- Organización Mundial de la Salud (2019e). *Salud mental, 3 de octubre de 2019*, [en línea]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Desarrollo en la adolescencia*, [en línea]. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.

- Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarilla, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 17-32. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/804/80401303.pdf>
- Peterson, A., Compas, B., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S. & Grant, K. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48(2), 155-168. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/233896396_Depression_in_Adolescence
- Quintero, A. (2017). *Depresión subumbral: Revisión sistemática de la literatura*. Tesis para optar por el Título de Psicóloga. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. Recuperado de: https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13495/Quintero_Alejandra_TG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ramírez, F. (2010). Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(1), 65-71. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203119805009.pdf>
- Ramos, C. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Revista Psicológica UNIFE*, 23(1), 9-17. Recuperado de: http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Carlos_Ramos.pdf
- Resende, C. y Ferrao, A. (2013). La presencia de síntomas depresivos en adolescentes en el último año de escolaridad. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 15(58), s/n. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000200004
- Rodríguez, L. (2011). *Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias*. Tesis para optar por el Título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/645?show=full/>
- Rottenberg, J. (2014). *The Depths: The Evolutionary Origins of the Depression Epidemic*. New York: Basic Books.
- Ryan, R. y Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: a review of research and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11148302>
- Samat, J. (1999). *Semiología Psicopatológica General y el Curso de los Trastornos Mentales*. Recuperado de: http://www.uccuyo.edu.ar/ucc3/images/archivos/filosofia/biblioteca/contribuciones/SEMIOLOG%C3%8DA_PSICOPATOL%C3%93GICA_GENERAL.pdf

- Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños en investigación científica*. Lima: Visión Universitaria.
- Shin, D. y Johnson, D. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00352944>
- Sica, C., Chiri, L. R., Favilli, R. y Marchetti, I. (2016). *Q-PAD Cuestionario para la Evaluación de Problemas en Adolescentes* (P. Santamaría, adaptador). Madrid: TEA Ediciones.
- Siegel, S. y Castellan, N. (2003). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. México: Trillas.
- Silva, A. y Gálviz, L. (2010). Silencio y grito de la adolescencia. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 20(58), 187-206. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70522505003>
- Tarazona, D. (2005). Autoestima, satisfacción con la vida y condiciones de habitabilidad en adolescentes estudiantes de quinto año de media. Un estudio factorial según pobreza y sexo. *Revista de investigación en Psicología*, 8(2), 57-65. Recuperado de: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4048>
- Torres, B., Barrantes, M., y Tajima, K. (2015). *Manual APIR Psicopatología*. Recuperado de: <https://academiapir.com/wp-content/uploads/2015/11/Psicopatologia1aEdicion.pdf>
- Ugarriza, N. y Ecurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*, 5, 83-130. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118132004>
- Universidad de Valencia (s/f). *Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Recuperado de: <https://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). *Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos*. Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/1991-Trastornos%20Depresivos-Datos%20y%20modelos.pdf
- Veenhoven, R. (1994). El Estudio de la Satisfacción con la Vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116. Recuperado de: <http://repub.eur.nl/res/pub/16195/94d-fulls.pdf>
- Verde, J. (2014). Estilos de afrontamiento y satisfacción con la vida en adolescentes de instituciones educativas nacionales de la provincia de Huaral. *PsiqueMag*,

4(1), 81-94. Recuperado de: file:///D:/SONY/DESCARGAS/138-355-1-PB%20(1).pdf

Zevallos, A. (2007). *Psicopatología general: Modelo Sistémico Funcional*. Lima.

Zisook, S., Rush, A., Lesser, I., Wisniewski, S., Trivedi, M., Husain, M., Balasubramani, G., Alpert, J. & Fava, M. (2007). Preadult onset vs. adult onset of major depressive disorder: a replication study. *Acta Psychiatr Scand*, 115(3), 196-205. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17302619>

ANEXOS

Anexo 1. Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher
(6-EDAK)

ESCALA DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES DE KUTCHER **(6-EDAK)**

(Kutcher y Chehill, 2009; García-Ortega, 2009).

NOMBRE: _____ GRADO: _____ FECHA: _____

En la última semana cómo te has sentido en promedio con respecto a lo siguiente:

1. ¿Has tenido el ánimo bajo, te has sentido triste, bajoneado, deprimido o irritable?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	A veces	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo

2. ¿Has sentido que vales poco, sin esperanza, que desilusionas a las personas o que no eres una buena persona?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	A veces	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo

3. ¿Te sientes cansado, fatigado, con poca energía, sin motivación, te cuesta trabajo hacer las cosas, quisieras descansar o echarte más de lo habitual?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	A veces	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo

4. ¿Piensas que la vida no es muy divertida, no te sientes bien cuando normalmente debías sentirte bien, no disfrutas de las cosas como lo hacías antes?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	A veces	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo

5. ¿Te sientes preocupado, nervioso, inquieto, tenso, ansioso o entras en pánico?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	A veces	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo

6. ¿Has pensado o planeado suicidarte o dañarte a ti mismo?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	A veces	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo

Anexo 2. Escala de Satisfacción con la Vida

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA

(Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000).

NOMBRE: _____ GRADO: _____ FECHA: _____

Instrucciones: Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor sé sincero con tu respuesta.

Nº	ÍTEM	Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea.	1	2	3	4	5
2	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes.	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida.	1	2	3	4	5
4	Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido.	1	2	3	4	5
5	Las circunstancias de mi vida son buenas.	1	2	3	4	5

Anexo 3. Análisis psicométrico de la Escala de Depresión
para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK)

▪ VALIDEZ DE CONTENIDO

En la Tabla 7 se presenta el análisis de la validez de contenido por criterio de jueces haciendo uso del coeficiente V de Aiken para la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK).

Cada uno de los 6 ítems del inventario fue revisado por cinco jueces competentes en el área clínica de psicología; quienes tras la revisión de cada ítem registraron con un Sí su conformidad de que el ítem se mantuviera en la prueba. Luego los cinco resultados de cada ítem fueron sumados y divididos entre el número de jueces obteniéndose un coeficiente V de Aiken igual a 1 para cada ítem, lo cual justifica la permanencia de todos y cada uno de los reactivos en la prueba ya que a criterio de los jueces miden el constructo sintomatología depresiva.

Tabla 7

Validez de contenido por criterio Jueces: Coeficiente V de Aiken. Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK)

Ítem	RT	Resultados Obtenidos por los Jueces					TA	V
		J1	J2	J3	J4	J5		
1	SD	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
2	SD	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
3	SD	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
4	SD	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
5	SD	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
6	SD	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00

SD = Sintomatología depresiva

▪ ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DE ÍTEMS

En la siguiente tabla (Tabla 8) se muestra el análisis confiabilidad de ítems de la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK); en ella se observa que cada uno de los resultados de la correlación ítem-test corregida son superiores a .20 por lo cual se justifica que todos los reactivos permanezcan en el inventario, ya que al retirarlos del mismo en ningún caso ocasiona el incremento del Alfa de Cronbach del instrumento.

Tabla 8

Análisis de confiabilidad de ítems de la Escala de Depresión para Adolescentes de Kutcher (6-EDAK)

Ítem	Medida de escala si el ítem es eliminado	Varianza de escala si el ítem es eliminado	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado
1	3.51	6.33	.52	.68
2	3.71	5.75	.56	.67
3	3.38	6.07	.40	.72
4	3.72	6.19	.44	.70
5	3.69	6.5	.39	.72
6	4.11	6.17	.51	.68
Alfa de Cronbach = .73				

Anexo 4. Análisis psicométrico de la Escala de Satisfacción con la Vida

▪ VALIDEZ DE CONTENIDO

En la Tabla 9 se presenta el análisis de la validez de contenido por criterio de jueces haciendo uso del coeficiente V de Aiken para la Escala de Satisfacción con la Vida.

Cada uno de los 5 ítems del inventario fue revisado por cinco jueces competentes en el área clínica de psicología; quienes tras la revisión de cada ítem registraron con un Sí su conformidad de que el ítem se mantuviera en la prueba. Luego los cinco resultados de cada ítem fueron sumados y divididos entre el número de jueces obteniéndose un coeficiente V de Aiken igual a 1 para cada ítem, lo cual explica la permanencia de todos y cada uno de los reactivos en la prueba ya que a criterio de los jueces miden el constructo satisfacción con la vida.

Tabla 9

Validez de contenido por criterio Jueces: Coeficiente V de Aiken. Escala de Satisfacción con la Vida

Ítem	RT	Resultados Obtenidos por los Jueces					TA	V
		J1	J2	J3	J4	J5		
1	SV	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
2	SV	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
3	SV	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
4	SV	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00
5	SV	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5	1.00

SV = Satisfacción con la vida

▪ ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DE ÍTEMS

En la siguiente Tabla 10 se aprecia el análisis confiabilidad de ítems de la Escala de Satisfacción con la Vida; observándose que cada uno de los resultados de la correlación ítem-test corregida son superiores a .20 por lo cual se justifica que todos los reactivos permanezcan en el inventario, ya que al retirarlos del mismo en ningún caso ocasiona el incremento del Alfa de Cronbach del instrumento.

Tabla 10
Análisis de confiabilidad de ítems de la Escala de Satisfacción con la Vida

Ítem	Medida de escala si el ítem es eliminado	Varianza de escala si el ítem es eliminado	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado
1	14.36	12.6	.41	.66
2	14.08	12.21	.43	.65
3	13.87	11.14	.55	.59
4	14.83	11.67	.35	.69
5	14.16	11.96	.52	.61
Alfa de Cronbach = .69				